

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS

**INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y
ARTIFICIAL EN MALOCLUSIONES DENTARIAS EN
NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN EL HOSPITAL HERMILIO
VALDIZÁN MEDRANO HUÁNUCO 2019.**

**Para Optar el Título Profesional de :
CIRUJANO DENTISTA**

TESISTA

VASQUEZ MOLOCHO, Ladi Llosilu

ASESOR:

C.D. Rojas SARCO, Ricardo

**Huánuco – Perú
2019**

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 09:00 A.M. del día 03 del mes de Octubre del año dos mil diecinueve se reunieron en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo N° 635, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

Mg. C.D. Sergio Abraham Fernández Briceño	Presidente
C.D. Álvaro Antonio Cornejo Gayoso	Secretario
C.D. Flor Palermo Carbajal	Vocal

Nombrados mediante la Resolución N°1679 -2019-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada:

"INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y ARTIFICIAL EN MALOCCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN EL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO HUÁNUCO 2019", presentado por la Bachiller en Odontología, la **Srta. Vásquez Molocho, Ladi Llosilu**; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado. Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola *Aprobada* por *Unanimidad* con el calificativo cuantitativo de *18* y cualitativo de *Muy bueno*

Siendo las 10:05 A.M. del día 03 del mes de Octubre del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

.....
Mg. C.D. Sergio Abraham Fernández Briceño
PRESIDENTE

.....
C.D. Álvaro Antonio Cornejo Gayoso
SECRETARIO

.....
C.D. Flor Palermo Carbajal
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A.P. DE ODONTOLOGIA



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Bachiller: **Srta. Vásquez Molocho, Ladi Llosilu**; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final **"INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y ARTIFICIAL EN MALOCCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO 2019"**, para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 03 de Octubre del 2019 a horas 09:00 A.M. en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra N° 635 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 04 de Octubre del 2019.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO


Mg. C.D. Marcondio Apac Palomino
Director E.A.P. Odontología

DEDICATORIA

Este presente trabajo de investigación está dedicado:

A DIOS:

Por haberme bendecido la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y estar siempre conmigo, guiándome en mí camino.

A mis padres:

Aladino y Ayda quienes con su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, quienes me enseñaron que el mejor conocimiento que se puede tener es el que se aprende por sí mismo.

A mis hermanos:

Por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral e incondicional, durante todo este proceso.

AGRADECIMIENTO

A mi familia por haberme dado la oportunidad de formarme como profesional y haber sido mi apoyo durante todo este tiempo.

A nuestros docentes de la Escuela de Odontología de la Universidad De Huánuco, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Así mismo, al Hospital H.V.M por todas las atenciones e información brindada a lo largo de esta investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2019. **MATERIALES Y MÉTODOS** En este estudio básico, analítico, transversal, la muestra lo conformaron los niños de 3 a 5 años de la atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2019, se evaluaron para determinar la influencia del tipo de lactancia y las maolclusiones dentarias, la muestra estuvo representada por 182 niños y niñas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los datos se tabularon y analizaron mediante la estadística descriptiva y analítica prueba de chi cuadrado. En este estudio, $p \leq 0.05$ fue considerado significativo, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24. **RESULTADOS:** la mayor frecuencia se encontró niños que fueron alimentados con lactancia artificial con un (34,4%); la relación molar izquierda escalón recto se presentó en mayor porcentaje 31,7% en niños con lactancia materna, mientras que en niños que tuvieron lactancia artificial predominó escalón mesial 18,6%; que la relación canina derecha clase I se presentó en mayor porcentaje en niños con lactancia materna 30,1%, mientras que en niños que tuvieron lactancia artificial predominó clase II 19,7%. La sobremordida cruzada anterior se presentó en niños con lactancia artificial en un 1,1%; la mordida abierta anterior se presentó en niños con lactancia artificial en un 5,1% y mordida abierta posterior se presentó en niños con lactancia artificial en un 0,6%. **CONCLUSIONES:** El tipo de lactancia influye negativamente en la oclusión dentaria en los niños de en la maloclusión dentaria en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2019. No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de lactancia (lactancia materna y artificial) con el tipo de perfil. En la relación molar el escalón recto predominó en niños con lactancia materna con 31,7% y niños con lactancia artificial prevaleció en relación escalón mesial con un 18,6%. **PALABRAS CLAVES:** Maloclusion dentaria, lactancia materna, lactancia artificial, relación molar, relación canina.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the influence of breast and artificial lactation in dental malocclusion in children aged 3 to 5 years at the Regional Hospital Hermilio Valdizán Huánuco 2019. **MATERIALS AND METHODS** In this basic, analytical, cross-sectional study, the sample consisted of children from 3 to 5 years after attending the Hospital Hermilio Valdizán Huánuco 2019, were evaluated to determine the influence of the type of breastfeeding and tooth malocclusions, the sample was represented by 182 children who met the inclusion and exclusion criteria. The data were tabulated and analyzed using the descriptive and analytical statistics chi-squared test. In this study, $p \leq 0.05$ was considered significant, the statistical program SPSS version 24 was used. **RESULTS:** the highest frequency was found children who were fed with artificial lactation with one (34.4%); the left-right molar ratio was 31.7% higher in children with breastfeeding, while in children who had artificial lactation the mesial step predominated, 18.6%; that the right canine class I ratio was presented in greater percentage in children with breastfeeding 30.1%, while in children who had artificial lactation, class II predominated, 19.7%. The anterior crossed overbite occurred in children with artificial lactation in 1.1%; The previous open bite was presented in children with artificial lactation in 5.1% and posterior open bite occurred in children with artificial lactation in 0.6%. **CONCLUSIONS:** The type of lactation has a negative effect on tooth occlusion in children with dental malocclusion in children aged 3 to 5 years who were treated at the Hermilio Valdizán Huánuco Regional Hospital 2019. No significant differences were found between the type of lactation (lactation) maternal and artificial) with the type of profile. In the molar ratio, the right step predominated in children with breastfeeding with 31.7% and children with artificial lactation prevailed in mesial step relationship with 18.6%.

KEYWORDS: Dental malocclusion, breastfeeding, artificial lactation, molar ratio, canine relations

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
SUMARY.....	V
INDICE.....	VI
ÍNDICE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IX
ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS.....	X
INTRODUCCION.....	XI

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	12
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivo General	14
1.4. Objetivos Específicos.....	14
1.5. Justificación de la investigación.....	14
1.6. Viabilidad de la Investigación.....	15

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	16
2.2. Bases teóricas.....	25
2.3. Definición de términos.....	43
2.4. Hipótesis.....	44
2.5. Sistema de variables.....	44
2.5.1 Variable dependiente.....	44
2.5.2 Variable Independiente.....	44
2.5.3 Variables intervinientes.....	45
2.6. Operacionalización de variables.....	46

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación	48
3.1.1. Enfoque.....	48
3.1.2. Alcance o nivel.....	48
3.1.3. Diseño.....	48
3.2. Población y muestra.....	49
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validación de instrumentos	50
3.3.1. Para la recolección de datos.....	50
3.3.2. Plan de tabulación y análisis.....	51

CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1. Procesamiento de datos.....	52
 CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
5.1. Contrastación de los resultados.....	67
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS.....	81

ÍNDICE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Distribución de los niños según sexo	51
Tabla 2: Distribución de los niños según edad	52
Tabla 3: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco	53
Tabla 4: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación molar derecha	54
Tabla 5: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación molar izquierda.	55
Tabla 6: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación canina derecha.	55
Tabla 7: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación canina izquierda.	56
Tabla 8: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según espacios primates	56
Tabla 9: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según sobremordida vertical	57
Tabla 10: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida cruzada anterior	57
Tabla 11: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida cruzada posterior	58
Tabla 12: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida abierta anterior	59
Tabla 13: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida abierta posterior	60
Tabla 14: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida borde a borde	60
Tabla 15: Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según tipo de perfil	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Distribución de los niños según sexo	51
Gráfico 2. Distribución de los niños según edad	52
Gráfico 3. Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco	53

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

OR: Odds ratio

IC: Incisivo Central

HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan

INTRODUCCIÓN

La succión es la primera actividad muscular coordinada del bebé. Un instinto de succión natural lleva a algunos bebés a chuparse los pulgares durante los primeros meses de vida o incluso antes de nacer. Durante este período, además de satisfacer las necesidades de succión de los bebés, la lactancia materna contribuye al correcto desarrollo de las estructuras dentofaciales. Los niños que no tienen acceso a la lactancia materna no restringida o que son alimentados con biberón pueden satisfacer su impulso de succión instintiva con el uso prolongado de chupetes o chupando los pulgares, lo que puede ocasionar problemas dentales de desarrollo¹. Los hábitos de succión de los bebés se describen en la literatura como de dos tipos: succión nutritiva y no nutritiva².

La amamantación natural (en el seno) y artificial (en el biberón) envuelve varios músculos orofaciales, conduciendo a distintos efectos en el crecimiento armónico de los maxilares y de los arcos dentales³. La succión es un reflejo innato que proporciona al recién nacido la supervivencia y establece vínculo afectivo con la madre durante la lactancia. La lactancia natural durante los seis primeros meses de vida es importante no sólo para la nutrición, sino también para el fortalecimiento del sistema inmunológico y para el correcto desarrollo de la oclusión decidua⁴. Las funciones realizadas a través de la lactancia promueven estímulos neurales adecuados al crecimiento óseo y muscular para prevenir maloclusiones por hipodesarrollo⁵.

El efecto positivo de la lactancia materna sobre el desarrollo de la oclusión constituye una observación interesante. Los pocos informes publicados sobre este asunto no son concluyentes^{6,7,8}. Los mecanismos teóricos refieren a la musculatura cráneo-facial y al desarrollo esquelético siendo influenciados de manera diferente si un niño es alimentado con biberón o exclusivamente alimentado con leche materna. El mecanismo de succión es diferente en las dos instancias^{9,1}

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Además, el uso del chupete se asocia con un mayor riesgo de otitis media aguda recurrente¹¹. Se ha demostrado que el uso de un chupete en el período posparto temprano, cuando el bebé está aprendiendo a succionar en el pecho, puede interferir con la succión adecuada y puede contribuir a la llamada confusión del pezón¹². Varios estudios han demostrado una asociación entre la duración más corta de la lactancia materna y el uso del chupete^{13,14,15,16}.

Estos hallazgos llevaron a la Organización Mundial de la Salud / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia a recomendar evitar el uso de chupones; la recomendación se incorporó como el paso 9 de los "Diez pasos para una lactancia exitosa", como parte de la Iniciativa Hospitales amigos de los bebés¹⁷. Por lo tanto, parece que cuanto más tiempo los niños son amamantados, menos posibilidades tienen de usar el chupete o de chuparse los pulgares y, en consecuencia, menor es la probabilidad de desarrollar maloclusión en la infancia¹⁸.

OMS recomienda que los lactantes se alimenten exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, y algunos lactantes continúen hasta los 2 años de edad o más¹⁷. Cuando se proporciona junto con alimentos complementarios apropiados y adecuados, la leche materna sigue siendo una fuente importante de nutrición y líquidos y proporciona beneficios inmunológicos incluso después de los 6 meses de edad. Sin embargo, las tasas de lactancia materna exclusiva en nuestro estudio distan mucho de ser satisfactorias. La alimentación suplementaria antes de los 6 meses tiene un efecto perjudicial sobre la duración de la lactancia¹⁹. Introducción temprana de líquidos distintos

de la leche humana, en forma de fórmula infantil, té y jugo, es una práctica común en varios países y puede contribuir al destete temprano^{20,21,22,23}.

La lactancia materna ha sido citada como uno de los factores ambientales responsables del correcto desarrollo de las estructuras dentofaciales²⁴. Recientemente, se ha investigado en detalle la biomecánica de la extracción de leche durante la lactancia. Un grupo de investigadores utilizó un análisis objetivo y dinámico de videos de ultrasonido (EE. UU.) Adquiridos durante la lactancia para mostrar que este complicado procedimiento requiere un acoplamiento entre los movimientos periódicos de las mandíbulas del bebé, la ondulación de la lengua y la eyección de la leche materna reflejo²⁵.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2019?

1.2.2. . Problemas Específicos

2. ¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según el tipo de perfil?
3. ¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según relación canina?
4. ¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según relación molar?
5. ¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según mordida anterior?
6. ¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según mordida cruzada?

1.3. Objetivo General

Determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2019.

1.4. Objetivos específicos

2. Establecer la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según el tipo de perfil.
3. Establecer la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según relación canina.
4. Determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según relación molar.
5. Determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según mordida anterior.
6. Determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según mordida cruzada.

1.5. Justificación de la investigación

Teórica:

Actualmente las maloclusiones dentarias según la OMS, ocupan el tercer lugar en problemas de salud bucal. Por tanto la presente investigación tiene relevancia teórica, debido a hay escasas investigaciones similares a nivel nacional y regional, por lo que la información obtenida es de mucha utilidad para los profesionales en distintas especialidades de la odontología en este país.

Práctica:

Los resultados favorecerán a la docencia y a la práctica odontológica, el cual les permitirá conocer las causas de los problemas de maloclusiones dentarias,

y de esta manera conllevará a la prevención mediante la promoción de la salud bucal.

1.6. Viabilidad de la Investigación

Técnico

Respecto a los recursos humanos, se dispone del apoyo requerido en las diferentes etapas del proceso: investigador, asesor, codificación, tabulación, procesamiento y análisis de datos para guiarnos en todo el proceso de la investigación.

Operativo

Con referente a los recursos materiales, se gestionará dichos recursos para concretar el trabajo de investigación. Será factible realizar el estudio en el tiempo previsto. La metodología a seguir conducirá a dar respuestas al problema.

Económico

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, estos serán solventados por la investigadora en términos de precio y cantidad reales de acuerdo a los rubros establecidos en el proyecto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

Chen X, Xia B, Ge L, Yuan J. China (2016). Efectos de la duración de la lactancia materna, la duración de la alimentación con biberón y los hábitos orales sobre las características oclusales de la dentición primaria.

OBJETIVO: Evaluar los efectos de la duración de la lactancia materna, la duración de la alimentación con biberón y los hábitos orales sobre las características oclusales de la dentición primaria en niños de 3 a 6 años de edad en Beijing. **MÉTODOS:** Este estudio transversal se realizó a través de un examen de las características oclusales de 734 niños combinados con un cuestionario completado por sus padres / tutores. El examen fue realizado por un único examinador previamente calibrado y se evaluaron las siguientes variables: presencia o ausencia de sobremordida profunda, mordida abierta, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, sobremordida profunda, relación del plano terminal del segundo molar primario, canino primario relación, hacinamiento y espaciamiento. Se aplicaron análisis univariados y regresiones logísticas múltiples para analizar las asociaciones.

RESULTADOS: Se encontró que una corta duración de la lactancia (nunca o ≤ 6 meses) se asoció directamente con la mordida cruzada posterior (OR = 3.13, IC 95% = 1.11-8.82, P = 0.031) y sin espacio maxilar (OR = 1.63 , IC del 95% = 1.23 - 2.98, P = 0.038). En los niños amamantados durante ≤ 6 meses, la probabilidad de desarrollar hábitos de chupar chupetes fue 4 veces mayor que la de los amamantados durante > 6 meses (OR = 4,21; IC del 95% = 1,85-9,60, P = 0,000 2). Los niños que fueron alimentados con biberón por más de 18 meses tuvieron un riesgo 1,45 veces mayor de oclusión escalonada no mesial y un riesgo 1,43 veces mayor de relación canina clase II en comparación con

aquellos que fueron alimentados con biberón durante 6-18 meses. También se descubrió que los hábitos de succión no nutritivos afectan la oclusión: un hábito prolongado de succión de los dedos aumenta la probabilidad de una mordida abierta anterior, mientras que un hábito de chupar chupete se asoció con exceso excesivo y ausencia de espacio de desarrollo del arco inferior. El hábito de la lengua se asoció con mordida abierta anterior (OR = 4.21, IC 95% = 1.85-9.60, P = 0.000 2) y mordida cruzada posterior (OR = 7.24, IC 95% = 1.30-40.13, P = 0.024). El hábito de succión del labio inferior se asoció con el overjet profundo y tuvo una asociación negativa con la relación canina clase III. La masticación unilateral se asoció con espaciamiento en la mandíbula (OR = 1.57, IC 95% = 1.03-2.41, P = 0.037). La respiración bucal se asoció con rinitis crónica e hipertrofia adenoidea y se asoció con espaciamiento en el maxilar superior. La prueba de chi-cuadrado no indicó una asociación estadísticamente significativa entre el hábito de succión del labio superior y las características oclusales. El hábito de la lengua se asoció con mordida abierta anterior (OR = 4.21, IC 95% = 1.85-9.60, P = 0.000 2) y mordida cruzada posterior (OR = 7.24, IC 95% = 1.30-40.13, P = 0.024). El hábito de succión del labio inferior se asoció con el overjet profundo y tuvo una asociación negativa con la relación canina clase III. La masticación unilateral se asoció con espaciamiento en la mandíbula (OR = 1.57, IC 95% = 1.03-2.41, P = 0.037). La respiración bucal se asoció con rinitis crónica e hipertrofia adenoidea y se asoció con espaciamiento en el maxilar superior. La prueba de chi-cuadrado no indicó una asociación estadísticamente significativa entre el hábito de succión del labio superior y las características oclusales. El hábito de la lengua se asoció con mordida abierta anterior (OR = 4.21, IC 95% = 1.85-9.60, P = 0.000 2) y mordida cruzada posterior (OR = 7.24, IC 95% = 1.30-40.13, P = 0.024). El hábito de succión del labio inferior se asoció con el overjet profundo y tuvo una asociación negativa con la relación canina clase III. **CONCLUSIÓN:** La duración de la lactancia materna se asoció con la prevalencia de mordida cruzada posterior, o sin espacio maxilar en la dentición decidua y el desarrollo de un hábito de chupar

chupete. Los niños que tenían una mayor duración de la alimentación con biberón tenían más probabilidades de desarrollar una relación canina de clase II. Los niños que tenían un hábito oral tenían más probabilidades de desarrollar características oclusales anormales²⁶.

Leite A, Medeiros PK, Moura C. Brasil (2007). **Lactancia materna, alimentación con biberón, hábitos de succión y maloclusión en niños preescolares brasileños. OBJETIVO:** El objetivo de este estudio fue verificar la prevalencia de hábitos de alimentación nutritiva (amamantamiento y alimentación con biberón) y no nutritiva y la presencia de maloclusión en niños preescolares brasileños. **MATERIAL Y MÉTODOS:** El estudio fue una encuesta transversal de salud oral de 342 niños (196 niños y 146 niñas) entre las edades de 3 y 5 en Campina Grande, Brasil. Los datos se recopilaban mediante entrevistas con las madres o cuidadores de los niños y mediante exámenes clínicos realizados por un examinador calibrado ($\kappa = 0,86$). Se elaboraron estadísticas descriptivas utilizando el Programa EPI-INFO (versión 3.3) y la prueba de Chi-cuadrado con un nivel de probabilidad de 0.05. **RESULTADOS:** La prevalencia del hábito de succión fue muy alta en todos los grupos, oscilando entre el 70% y el 77,4%. La maloclusión estaba presente en el 87%, el uso ficticio en el 84,8% y la succión en el dedo en el 7,2%. Alrededor del 84,2% de los niños tenían antecedentes de alimentación con biberón y el 79,9% mostró alguna evidencia de maloclusión en el momento del examen dental. Hubo diferencias significativas para las siguientes variables: hábitos de succión y maloclusión; tiempo de lactancia y hábitos de succión; tiempo de lactancia y maloclusión; tipo de alimentación y hábitos de succión; y tipo de alimentación y maloclusión. **CONCLUSIÓN:** La incidencia de succión ficticia fue más alta que la de chuparse los dedos en niños brasileños. La incidencia del hábito de succión fue mayor en los niños alimentados con biberón que en los niños alimentados con leche materna. La relación entre la incidencia de hábitos y la maloclusión fue estadísticamente significativa²⁷.

Leite P, Bezerra K, Moura C. Brasil (2007). Lactancia materna, alimentación con biberón, hábitos de succión y maloclusión en niños preescolares brasileños. OBJETIVO fue a evaluar la prevalencia de hábitos nutritivos de succión (alimentación natural y artificial) y no - nutritiva y la maloclusión en niños en edad preescolar brasileños. **MÉTODOS** Este estudio transversal examinaron 342 niños (196 niños y 146 niñas) entre 3 y 5 años de edad en Campina Grande, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con las madres de los niños y el examen clínico realizado por un examinador calibrado ($\kappa = 0,86$). El análisis estadístico se realizó mediante el uso del programa Epi Info 3.3 y de la Prueba del Chi-cuadrado a un nivel de significancia de 0,05. **RESULTADOS** La prevalencia de hábitos de succión fue elevada en todas las edades, variando del 70% al 77,4%. Las maloclusiones estaban presentes en el 87%, succión de chupete en 84,8% y succión digital en el 7,2%. Aproximadamente el 84,2% de los niños tenían antecedentes de alimentación artificial y el 79,9% de ellos presentaba maloclusión en el examen. Existen diferencias significativas entre las variables: hábitos de succión y presencia de maloclusión; tiempo de alimentación natural y presencia de hábitos de succión; tiempo de alimentación natural y presencia de maloclusión; tipo de alimentación y hábitos de succión; y tipo de alimentación y presencia de maloclusión. **CONCLUSIÓN** La incidencia de succión de chupete fue mayor que la de succión digital entre los preescolares brasileños. La frecuencia de los hábitos de succión fue más elevada entre los niños con alimentación artificial que en los niños con alimentación natural. La relación entre la presencia de hábitos de succión y de maloclusión fue estadísticamente significativa²⁸.

Glazer K, Barros A, Aurélio M, Gomes C. Brasil (2007). Efectos de los hábitos de lactancia y succión en la maloclusión en un estudio de cohorte de nacimiento. OBJETIVO: Estimar la prevalencia de la maloclusión y examinar los efectos de la lactancia materna y los hábitos de succión no nutritiva sobre la dentición en niños de seis años. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal anidado en una cohorte de nacimiento realizada en Pelotas, sur de Brasil, en 1999. Una muestra de 359 niños fue examinada dentalmente y se entrevistó a sus madres. La mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior se registraron utilizando los criterios de Foster & Hamilton. La información relativa a la lactancia materna y no nutritivos hábitos de succión se recogió en el nacimiento, en la primera, tercera, sexta y 12 °meses de vida, y a los seis años de edad. Las variables de control incluyeron la escolarización materna y el peso al nacer del niño, el perímetro cefálico y el sexo. Los datos fueron analizados por regresión de Poisson. **RESULTADOS:** La prevalencia de mordida abierta anterior fue del 46.2%, y la de mordida cruzada posterior fue del 18.2%. Los hábitos de succión no nutritivos entre los 12 meses y los cuatro años de edad y la succión digital a los seis años fueron los principales factores de riesgo de mordida abierta anterior. La lactancia durante menos de nueve meses y el uso regular de un chupón entre los 12 meses y los cuatro años fueron factores de riesgo para la mordida cruzada posterior. La interacción entre la duración de la lactancia materna y el uso del chupete se identificó para la mordida cruzada posterior. **CONCLUSIONES:** Dado que la lactancia materna es un factor de protección para otras enfermedades de la infancia, nuestros hallazgos indican que el enfoque de riesgos comunes es el más apropiado para la prevención de la mordida cruzada posterior en la dentición mixta primaria o inicial²⁹.

López L, Singh G, Feliciano N, Machuca M. Puerto Rico (2006). Asociaciones entre una historia de mama alimentación, maloclusión y parafuncionales hábitos en Puerto Rico los niños. OBJETIVO: El propósito de este estudio es evaluar las asociaciones de una historia de mama-la alimentación, la incidencia de maloclusión y parafuncionales hábitos. **MÉTODOS:** Se evaluaron los registros odontológicos de una muestra de 540 niños de entre 6 y 72 meses de detección de afecciones bucales y factores de riesgo conductuales para variables tales como antecedentes de lactancia materna, maloclusión y hábitos parafuncionales. Se realizaron estadísticas descriptivas usando el Programa EPI-INFO y la prueba de Chi-cuadrado en el nivel de probabilidad de 0.05. **RESULTADOS:** Los resultados mostraron que la edad media de los niños fue de 28 meses +/- edad media 14. Las madres fue de 26,4 años +/- 6. La prevalencia de mama - la alimentación fue de 34% con una media de mama - alimentación período de tiempo de 3 m +/- 3.7. Alrededor del 95% de los niños tenían antecedentes de alimentación con biberón y el 90% mostró alguna evidencia de maloclusión en el momento del examen dental. La maloclusión principallos problemas fueron la deficiencia de espacio (contactos cerrados entre incisivos) (31%), mordidas abiertas (6%) y mordidas cruzadas (5%). Se informó el hábito de chuparse el dedo en el 32% de los casos y el uso del chupete en el 21%, hubo diferencias significativas para las siguientes variables: edad de la madre y de mama - alimentación período de tiempo; número de hijos en la familia y de mama - alimentación período de tiempo; de mama - la alimentación de la historia y de mama - la alimentación de tiempo con el uso botella, maloclusión y el pulgar hábito de chupar; y el hábito de género y chuparse el dedo. **CONCLUSIÓN:** Se concluye que la mama - la alimentación de las prácticas y período de tiempo son factores de comportamiento que contribuyen en la prevención de la maloclusión , además de la disminución de la práctica de parafuncionales hábitos en edad preescolar los niños³⁰.

Caglar E , Larsson E, Andersson EM , Hauge MS , Ogaard B , Bishara S , Warren J , et al. Estados Unidos de Norte America (2005). Alimentación, hábitos de succión artificial y maloclusiones en niñas de 3 años en diferentes regiones del mundo. OBJETIVOS: La forma en que se crían los bebés y los niños pequeños es importante para su salud y desarrollo. También se ha demostrado que la lactancia extensiva reduce el desarrollo de hábitos de succión artificial, como la succión digital o el chupón. El objetivo de este estudio fue determinar los métodos de alimentación, los hábitos de succión artificial y la presencia de maloclusiones en niñas de 3 años que viven en diferentes regiones del mundo. **MÉTODOS:** Los niños de los siguientes países participaron en el presente estudio: (1) Brasil (Porto Alegre); (2) Japón (Niigata); (3) México (Ciudad de México); (4) Noruega (Oslo); (5) Suecia (Falköping); (6) Turquía (Estambul); (7) y los Estados Unidos (Iowa City, Iowa). Durante la entrevista y el examen, se evaluaron y registraron las siguientes variables: (1) lactancia materna y alimentación con biberón; (2) duración y frecuencia; (3) hábitos de succión; (4) mordidas cruzadas posteriores y anteriores; y (5) otras maloclusiones / oclusión normal. **RESULTADOS:** La prevalencia de la lactancia materna fue muy alta en todos los grupos, oscilando entre el 78% y el 98%. La prevalencia de la alimentación con biberón en las diferentes áreas también fue alta. A excepción de Iowa City, la prevalencia de succión de dígitos fue relativamente baja. La succión del chupete es bastante popular en la mayoría de las áreas, con la excepción de Niigata. La prevalencia de oclusión normal en diferentes ciudades varió del 38% al 98%. **CONCLUSIONES:** Existen diferencias considerables en la alimentación, así como en los hábitos de succión artificial, en diferentes áreas del mundo y en diferentes períodos³¹.

A NIVEL NACIONAL

Cigüeñas E. Lima Perú (2013). Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad.

OBJETIVO estudio fue determinar la asociación entre el tipo de lactancia y el desarrollo de maloclusiones. **METODOLOGÍA** Se realizó un estudio analítico de cohorte, para ello se estudió 420 niños entre 0 a 36 meses de edad, pertenecientes a 4 lugares distintos: Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Daniel Alcides Carrión, cuna del Hospital Arzobispo Loayza, Instituto Educativo Inicial N°16, Instituto Educativo Inicial N°116, INABIF “Pestalozzi”. Los datos fueron recolectados a través de una Guía de Entrevista realizada a las madres la parte correspondiente a las preguntas y el análisis intermaxilar a los infantes. Se les realizó el análisis intermaxilar dividido en cuatro grupos de acuerdo al tipo de análisis de oclusión: rodetes, relación incisal, relación canina y relación molar. Los datos fueron procesados en tablas y gráficos, para la determinación de asociación de variables se realizó el análisis estadístico de la prueba de chi-cuadrado, y para hallar el riesgo relativo, el análisis de estimación de riesgo, con el programa estadístico SPSS 20.0. **CONCLUSIONES** Se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de lactancia y el desarrollo de maloclusiones, además de un riesgo relativo de 1.32 veces más en el tipo de lactancia de biberón que en el de lactancia materna exclusiva para desarrollar maloclusiones³².

Carrillo C. Lima Perú (2008). Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos. OBJETIVO evaluar la influencia del tipo de lactancia en el crecimiento mandibular se realizó un estudio longitudinal de asociación en 90 neonatos atendidos en el HODOMANI San Bartolomé desde abril a noviembre del año 2008. **METODOLOGÍA** Los niños seleccionados no aleatoriamente fueron distribuidos conformen crecieron en 3 grupos: lactancia materna exclusiva, lactancia artificial exclusiva y lactancia mixta, a todos se les realizaron 4 mediciones antropométricas mensuales de longitud, ancho, alto y profundidad desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Para realizar el estudio comparativo entre los grupos de lactancia materna exclusiva, lactancia mixta y lactancia artificial exclusiva para cada variable, se utilizó la prueba estadística ANOVA. **RESULTADOS** encontrando diferencias estadísticas muy significativas en las variables ancho mandibular y altitud mandibular ($p < 0,01$) y diferencias altamente significativas ($p < 0,001$) para la variable profundidad mandibular. No se encontraron diferencias significativas entre los 3 grupos al analizar la variable de longitud mandibular. **CONCLUSIONES** se puede decir que la lactancia materna exclusiva presenta una mayor influencia en el crecimiento mandibular que los otros tipos de alimentación³³.

Regional

No se encontró estudios similares a la investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. MALOCCLUSIÓN DENTARIA

Dentro de las alteraciones bucales de mayor prevalencia se encuentran las maloclusiones, Emrich halló que la maloclusión se encuentra presente en un amplio sector de la humanidad y Guilford³⁴ menciona que cualquier desviación de la oclusión ideal se califica como maloclusión Moyers³⁵ reconoce que la gran mayoría de las maloclusiones son consecuencias de alteraciones tanto de dientes (malposiciones dentarias, forma, tamaño y número de dientes) , hueso (tamaño, forma o crecimiento anormal de cualquier hueso del cráneo o de la cara) y de los músculos.

Resalte u Overjet: Ortega, G. (1998) afirma que la lactancia materna contribuye a disminuir la incidencia de un resalte acentuado³⁶. Jabbar, N. & Cols. (2011) encontraron relación entre la alimentación por medio del biberón, hábitos de succión no nutritivos como el del chupón y aumento del overjet³⁷.

Apiñamiento: Ortega, G. afirma que la lactancia materna contribuye a disminuir la incidencia de este indicador³⁶, encontraron que el apiñamiento era comúnmente encontrado en aquellos niños amamantados por un periodo de +/- 3 meses. plantean que la alimentación por medio del biberón y el uso del chupón favorecen la presencia de apiñamiento dental e incluso con malposiciones dentarias³⁸, en su investigación encontraron que existe relación entre el tiempo de lactancia materna recibida, los hábitos parafuncionales y la aparición de un ligero apiñamiento dental³⁹.

Retrognatismo mandibular: un periodo de lactancia materna insuficiente (menor de 6 meses) se relaciona con una tendencia de mantener la mandíbula en posición distal con respecto al maxilar debido a la falta de estimulación de los músculos propulsores mandibulares⁴⁰. ue la prevención

de la deficiencia mandibular no está enlistada como uno de los beneficios de la lactancia materna⁴¹. plantean que la alimentación por medio del biberón y el uso del chupón se relacionan con una posición mandibular distal³⁸.

Rotaciones dentarias la lactancia materna contribuye a disminuir la incidencia de este indicador³⁶.

Mordida abierta anterior: La lactancia materna contribuye a disminuir la incidencia de este indicador³⁶. La mordida abierta anterior era comúnmente encontrada en aquellos niños amamantados por un periodo de +/- 3 meses⁴². entre los resultados obtenidos en sus estudios encontraron una alta prevalencia de mordida abierta anterior y se le relacionó a hábitos no nutritivos de succión y corto tiempo de lactancia materna⁴³. que un periodo de lactancia menor de 6 meses se asocia con la presencia de mordida abierta anterior⁴⁴. aportan que el uso del biberón como medio de alimentación por más de 2 años se asoció con mordida abierta anterior⁴⁵.

Guerra, de acuerdo a los resultados obtenidos en su estudio los niños que son amamantados 6 meses o menos tienen un riesgo 3 veces mayor de desarrollar mordida abierta anterior⁴⁶. la alimentación por medio del biberón y el uso del chupón se relacionan con una mordida abierta anterior³⁸. Ferras, en su investigación encontraron que existe relación entre el tiempo de lactancia materna recibida, los hábitos de succión no nutritivos y mordida abierta anterior³⁹. concluyen que la prolongación de la lactancia materna hasta los 12 meses reduce las posibilidades de que el niño sufra de mordida abierta anterior⁴⁷.

El fomento de la duración de la lactancia materna contribuye a la reducción de la prevalencia de mordida abierta anterior⁴⁸. la alimentación por medio del biberón y la persistencia de hábitos de succión no nutritivos por más de 2

años eran factores determinantes para la aparición de mordida abierta anterior en niños con parálisis cerebral⁴⁹.

Mordida cruzada posterior: la lactancia materna contribuye a disminuir la incidencia de este indicador³⁶. encontraron que la mordida cruzada posterior era comúnmente encontrada en aquellos niños amamantados por un periodo de +/- 3 meses. concluyen en su investigación que la mordida cruzada posterior prevaleció en los niños alimentados de manera exclusiva por medio del biberón. afirman que un periodo de lactancia materna menor a 9 meses y el uso regular del chupón entre 1 y 4 años elevan las probabilidades de que los niños experimenten mordida cruzada posterior y plantean que la lactancia materna es la forma más apropiada de prevenir la mordida cruzada posterior en dentición primaria y mixta temprana. plantean que existe una relación estadística significativa entre la duración de la lactancia materna y la prevalencia de mordida cruzada posterior. Y concluyen que los niños que son lactados por más de 12 meses tienen 20 veces más posibilidades de desarrollar mordida cruzada posterior⁵⁰ la succión digital y la alimentación por medio del biberón por más de 2 años se asocia con mordida cruzada posterior. la alimentación por medio del biberón y el uso del chupón se relacionan con una mordida cruzada posterior. encontraron que existe relación entre el tiempo de lactancia materna recibida, los hábitos de succión no nutritivos y mordida cruzada posterior uni o bilateral³⁹. la alimentación por medio del biberón, la persistencia de hábitos de succión no nutritivos por más de 2 años y la presencia de infecciones respiratorias, eran factores determinantes para la aparición de mordida cruzada posterior en niños con Síndrome de Down⁴⁹.

Micrognatismo transversal de los maxilares: un periodo corto de lactancia materna aumenta la prevalencia de micrognatismo transversal de los arcos dentarios en uno o en ambos maxilares⁵¹.

Paladar profundo: encontraron una relación entre un periodo de lactancia materna menor de 6 meses y paladar profundo⁵¹. Blanco, L un periodo de lactancia menor de 6 meses se asocia con la presencia de paladar profundo⁴⁴.

Patrones Faciales de clase II o perfil convexo: hallaron relación entre un periodo de lactancia materna corto con perfil convexo en niños en edad preescolar, afirman que un periodo de lactancia menor de 6 meses se asocia con la presencia de perfil convexo⁴⁴.

de acuerdo a los resultados obtenidos en su estudio los niños que son amamantados 6 meses o menos tienen un riesgo 4 veces mayor de desarrollar perfil convexo⁴⁶. halló una asociación entre una corta duración de la lactancia materna (menos de 6 meses) y una alta prevalencia de perfil convexo⁵².

Mordida profunda: los hábitos de succión no nutritivos, un periodo de lactancia materna corto y el uso del biberón en los primeros meses de vida constituyen factores de riesgo para el desarrollo de mordida profunda en dentición primaria⁵³. en su investigación encontraron que existe relación entre el tiempo de lactancia materna recibida, los hábitos de succión no nutritivos y mordida profunda³⁹.

Protrusión dental: encontraron que existe relación entre el tiempo de lactancia materna recibida, los hábitos de succión no nutritivos y la presencia de protrusión dental.

2.2.2. LACTANCIA MATERNA

Amamantar es una de las experiencias más gratas en la vida de una mujer, la leche materna constituye el alimento ideal para el niño durante los primeros 4 a 6 meses de vida, y sigue siendo, durante mucho tiempo, una importante fuente de proteínas y otros nutrientes, aún después de iniciarse la introducción de los alimentos complementarios. Según estimaciones de la OMS podrían salvarse en el mundo, más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros 4 meses de vida⁵⁴.

Diversos autores plantean que a las 16 semanas el feto esboza espontáneamente el movimiento de mamar, incluso a las 27 semanas algunos se chupan el dedo en el útero, por tanto, la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento; los labios presentan una prominencia y las erestas alveolares, unas eminencias muy vascularizadas y eréctiles llamadas pliegue de *Robin Magitot*. Además, al examinarlos se encuentran casi sin excepción, una fase sagital de las apófisis alveolares en el sentido de una posición distal del maxilar inferior⁵⁵.

También poseen 3 reflejos que hacen posible El amamantamiento se realiza en 2 fases, en la primera hay prehensión del pezón y la aréola, cierre hermético de los labios, el maxilar inferior desciende algo y en la región anterior se forma un vacío, permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y parte posterior de la lengua. En la segunda fase avanza el maxilar inferior de una posición de reposo hasta colocar su borde alveolar frente al superior. Para hacer salir la leche, presiona el maxilar inferior al pezón y lo exprime por un frotamiento anteroposterior. La lengua adopta El amamantamiento es un estímulo que favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con

respecto al superior a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión.

De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con la ejercitación de los masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de maloclusión dentarias (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera que afectan la estética y la función dentofacial del niño⁵⁶.

Sin embargo, con el biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", no se produce el vacío bucal, se dificulta la acción de la lengua, la cual se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene plana⁸ hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar inferior en su posición distal⁵⁷. Un niño que aprende a chupar de un biberón puede desarrollar confusión de pezones, al pretender agarrar laaréola y el pezón, como si se tratara de una tetilla de caucho. Esto trae con frecuencia problemas de amamantamiento y fracasos en la lactancia⁵⁸. Si la alimentación al seno materno no es satisfactoria, el niño tenderá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, a morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, colocarse objetos extraños en la boca y estos hábitos son causa de maloclusiones⁵⁹. La lactancia materna presenta además ventajas nutritivas e inmunológicas, pues la leche materna contiene proteínas (lactoalbúmina, lactoglobulina y cascina), todos los aminoácidos esenciales, grasas, cuyo coeficiente de absorción es superior al de la leche de vaca, hidrato de carbono, vitaminas (A,C,D, tiamina, uboflanina, niacina, biotina, ácido pentoténico y piridoxina en cantidades apropiadas para satisfacer los requerimientos del niño), minerales, lactoferrina,

lactoperoxidasa, lisozima, complemento C3, C4, componentes celulares, componentes del sistema inmune como inmunoglobulina A, confiándole a este alimento capacidad antibacteriana. La leche materna posee también propiedades antivirales, al presentar múltiples factores tales como anticuerpos antiseoretos, interferón, entre otros; cuenta además, con enzimas útiles para la digestión, hormonas que favorecen el crecimiento Favorece el vínculo afectivo madre-hijo, 20-34 prolonga la infertilidad después del parto, inhibiendo la menstruación y la ovulación, disminuye la hemorragia durante el puerperio al estimular la concentración e involución uterina, contribuye a la presencia y gravedad de los estados alérgicos en el lactante, reduce la morbilidad y la mortalidad infantil, previene la obesidad durante la lactancia y el desarrollo posterior; previene la frecuencia de diabetes juvenil y linfoma, mejora la oclusión dental en etapas posteriores, contribuyendo a la prevención de las caries, ayuda a prevenir las diarreas al reducir la exposición a alimentos, líquidos y utensilios contaminados^{60,61}. Algunos estudios también han demostrado que disminuye el riesgo del cáncer ovárico³¹ y mamario³² y que se asocia con incrementos pequeños pero detectables en la capacidad cognoscitiva y el logro educacional de niños y jóvenes. Además, la leche materna no necesita preparación previa, no hay que hervirla, está siempre a disposición del bebé, tiene temperatura adecuada y no contiene microbios.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años⁶², y la Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año⁶³.

Datos de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES III) muestran que un altísimo porcentaje (97%) de los niños peruanos han lactado alguna vez. Además la lactancia materna se extiende en promedio hasta los 18 meses, con algunas variaciones regionales. Esto nos hace suponer que en el Perú no habría problemas con la prevalencia o duración de la lactancia materna, pero el inconveniente radica en la lactancia materna exclusiva que es un promedio aproximado de 2 mes, habiendo marcadas diferencias regionales ya que es mayor en los sectores rurales de la sierra y menor en las ciudades, Lima por ejemplo es de tan solo 0.54 meses⁶⁴.

Freud plantea que el primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace en principio, basado en una necesidad, la de la alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida irá creando sustitutos, por ejemplo: tenderá a chuparse el dedo o la lengua, después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o puede ponerse objetos extraños en la boca, morderse en las uñas, el pelo, el brazo, el labio y todos estos hábitos incorrectos, son causa de maloclusión en etapas posteriores⁶⁵.

Este es quizá el método ideal de la alimentación infantil, por abarcar los aspectos fisiológicos, físicos y psi En relación a la madre, además de ser económica, fácil y práctica, favorece la relación con el bebé, manteniendo el equilibrio psicológico. Además de, acelerar la involución uterina, prevenir la hemorragia post parto, disminuir la incidencia de cáncer entre otras enfermedades mamarias. En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios:

Mecánica fisiológica el amamantamiento⁶⁶

El amamantamiento se realiza en 2 fases:

1. Prehensión para aspirar: llenar conductos galactóferos con leche
2. Presión para extraer: vaciar los conductos galactóferos y Alimentarse⁶⁷.

En el primer movimiento de la amamantación el bebé inicia el acto de mamar con la introducción del pezón y parte de la areola (o toda ella) en el interior de la boca, contrayendo firmemente el reborde que corresponderá a los incisivos superiores, se apoya contra la superficie superior del pezón y parte del seno contra el dorso de la lengua y el paladar duro, haciendo un cierre hermético con los labios y descendiendo levemente el paladar blando y la mandíbula.

En el segundo movimiento de lactancia, el bebé comienza a hacer movimientos anteroposteriores (protrusivos y retrusivos) con la mandíbula, además de dislocamientos en el plano horizontal, oponiendo el reborde alveolar inferior contra el superior de manera que “exprime” el pezón, obteniendo así la salida del flujo de leche. La lengua en esta fase adopta una serie de movimientos peristálticos. Todos estos movimientos sincronizados con la deglución y la respiración.

Estos movimientos extraen la leche generando una presión negativa intrabucal, realizando tres succiones para cada deglución (3:1) y presentando un ritmo determinado por los centros reticulares que pueden persistir hasta la edad adulta. Todos estos movimientos anteroposteriores, así como la posición y forma de la lengua, van a hacer que ya, desde los primeros momentos de vida del bebé, se comiencen a estimular músculos, huesos, cartílagos y estructuras orales para un correcto desarrollo de las mismas⁶⁸.

Los bebés nacen con retrognatismo mandibular, llamado **retrognatismo mandibular secundario** que mide de 8 a 12 mm, esto hasta la época de erupción de los primeros dientes deciduos (6 a 12 meses de vida), donde debe ser anulado para el establecimiento de la oclusión correcta de los dientes deciduos.

Enlow define la rama posterior de la mandíbula y el cóndilo como campos primarios de desarrollo; el estímulo principal en estos campos es el desplazamiento anterior, tanto primario, por la influencia del desarrollo de los huesos adyacentes, como secundario, debido a la tracción en esta dirección por los músculos y tejidos blandos. El avance mandibular actuaría como principal estímulo de crecimiento, entonces el amamantamiento sería el estímulo que favorece a la mandíbula para avanzar de su posición distal con respecto al maxilar superior a una posición mesial. Es el llamado primer avance fisiológico de la Oclusión⁶⁸.

El seno permite un ejercicio fisioterapéutico necesario para el desarrollo del sistema estomatognático. A través del amamantamiento, la mandíbula se posiciona más anteriormente; los músculos masticatorios temporal (retrusión), pterigoideo lateral (propulsión) y el milohioideo (deglución) inician su maduración y reposicionamiento; la lengua estimula al paladar, evitando que la acción de los buccinadores sea perturbadora; y el orbicular de los labios se muestra eficiente en la orientación del crecimiento y desarrollo de la región anterior del sistema estomatognático.

Si la alimentación al seno materno no es satisfactoria, el niño tenderá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, a morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, colocarse objetos extraños en la boca y estos hábitos son causas de maloclusiones⁵⁹.

Con el biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", no se produce el vacío bucal, se dificulta la acción de la lengua, la cual se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene plana, hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos cartílagos, quedando el maxilar inferior en su posición distal. Un niño que aprende a chupar de un biberón puede desarrollar confusión de pezones, al pretender agarrar laaréola y el pezón, como si se tratara de una tetilla de caucho. Esto trae con frecuencia problemas de amamantamiento y fracasos en la lactancia. Cuando el uso del biberón substituye al seno materno, gran cantidad de excitaciones externas quedan anuladas, además de no realizarse el ejercicio necesario para el desarrollo del sistema estomatognático en el lactante. Esto conlleva a falta de esfuerzo muscular generando anulación de la excitación de la articulación temporomandibular y musculatura masticatoria, ocurriendo la inducción de estímulos en los músculos buccinadores y linguales, siendo más propensos a la respiración bucal. Concluimos que con la amamantación se dará una integración entre la recepción de estímulos correctos y las respuestas adecuadas, que conducen al crecimiento y desarrollo normales de los componentes del sistema estomatognático.

De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con la ejercitación de los masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de maloclusión dentarias (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera que afectan la estética y la función dentofacial del niño⁶⁹.

Además, de reforzar el circuito neurofisiológico de la respiración, excitando las terminaciones neuronales de las fosas nasales, desarrollándolo junto

con sus anexos; esto ayuda favorablemente en el desarrollo del maxilar. Todos estos circuitos neurofisiológicos serán desencadenados durante el primer año de vida.

Teoría Neuro-oclusal⁷⁰:

Durante el periodo de lactancia, en el desarrollo fisiológico, el cráneo cefálico y el cráneo facial del recién nacido presenta una desproporción que va acompañada de disminución de la altura facial y distoclusión, como se explicó en evolución humana.

Esta disposición fisiológica será fuente de estímulos provenientes de la amamantación, masticación y respiración. Este alto nivel de excitación paratípica es indispensable para el normal desarrollo el cráneo facial.

El logro de la altura y tamaño correspondientes, que permitan la alineación correcta de las dos denticiones, en los huesos maxilomandibulares, así como la corrección de la distoclusión y de la dimensión vertical, hacen necesaria una velocidad de crecimiento muy superior. Esta desproporción en la velocidad de desarrollo recibirá de los órganos respiratorio y masticatorio los estímulos paratípicos necesarios para ganar esta carrera de velocidad de desarrollo.

Sucede generalmente que la alimentación civilizada no estimula el acto mecánico de trituración que debe proporcionar la energía suficiente, y el cráneo facial queda en retraso.

Los primeros receptores neurales que se ponen en marcha en el recién nacido están en las partes deslizantes de las ATM y generan, como respuesta, la corrección de la oclusión fisiológica y la modelación del ángulomandibular.

El recién nacido, iniciando su respiración por la nariz, debe empezar a alimentarse y, para tal fin los labios y la lengua contienen una zona

neurógena, dispuesta para captar el pecho materno, unida a un dispositivo funcional articular y muscular capaz de realizar el acto de amamantación.

Durante dicho acto el reborde incisivo del maxilar superior se apoya contra la superficie superior del pezón y parte del pecho materno, la lengua actúa como válvula controladora y consigue un cierre hermético al tiempo que la mandíbula realiza movimientos protrusivos y retrusivos, con los que exprime el contenido lácteo del pecho hacia su boca, movimientos que a su vez sincroniza con la deglución.

Entonces, él bebe no «chupa» el pecho materno sino «ordeña» con su boca, y esto lo lleva a cabo con enorme esfuerzo muscular. La RNO (Rehabilitación Neouroclusal) observa tres hechos fundamentales durante la realización de este acto fisiológico por excelencia. Primero, el bebé respira por la nariz, pues no suelta el pezón, lo que, además, sirve para reforzar y mantener el circuito de respiración nasal fisiológicamente durante la amamantación y fuera de ella; segundo, está obligado a order, avanzar y a retruir la mandíbula, por lo que todo el sistema muscular: maseteros, temporales y pterigoideos principalmente, va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesarios para ser utilizados a la llegada de la primera dentición a fin de poder realizar la abrasión fisiológica; tercero, el movimiento protrusivo y retrusivo excita al mismo tiempo las partes posteriores de los meniscos y superior de las ATM, las sucesivas tracciones provocan una mayor diferenciación de dichas ATM, y, al cumplirse nuestras leyes de desarrollo, se obtiene como respuesta el crecimiento posteroanterior de las ramas mandibulares y simultáneamente la modelación del ángulo mandibular. El bebé realiza este acto varias veces al día, lo que es importante en el desarrollo de todo el proceso. La mandíbula, en el momento del nacimiento, tiene aproximadamente la forma de un arco. El ángulo mandibular, así como las inserciones de los

maseteros y pterigoideos internos, van diferenciándose y normalizándose a expensas de la función.

Inicialmente, los músculos mandibulares adoptan una disposición ligeramente horizontal con el fin de facilitar el vaivén anteroposterior de la amamantación, pero, con el desarrollo, el ángulo se modela y se verticalizan los músculos, preparándose así para poder realizar más tarde el acto de masticación.

Durante el primer año de vida, los dos meniscos han sido excitados simultáneamente gracias a la función de la amamantación, lo que ha proporcionado una rápida recuperación de la distoclusión fisiológica. También ha habido un empleo adecuado del sistema muscular que, durante el intervalo alimenticio, provocaba fatiga y sueño al infante, controlaba el tiempo preciso de alimentación y coadyuvaba a la consecución de una digestión perfecta. De todo ello se deduce que la excitación neural paratípica idónea y, en consecuencia, el logro de un perfecto desarrollo fisiológico se inician en el recién nacido con la lactancia materna, y que ésta debe prolongarse hasta la erupción de los primeros dientes de leche, proporcionando el desarrollo mandibular posteroanterior y la modelación perfecta de los ángulos goníacos.

Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental⁶⁹

- a. Disminuye la infestación por *Streptococos mutans* y otros microorganismos, lo que contribuye a la disminución del índice de caries dentales.
- b. Incrementa la resistencia del esmalte y demás tejidos duros del diente, por la mejor absorción de calcio y flúor, gracias a las características de las grasas en la leche materna.

- c. Aumenta la secreción salival, manteniéndose un PH adecuado en la cavidad bucal, lo que también contribuye a disminuir la incidencia a caries.
- d. Al lactar de forma exclusiva y no usar el biberón, aún después de los 4 ó 6 meses, están ausentes las caries de biberón propiciadas por la leche azucarada y otros alimentos endulzados ingeridos por esa vía.
- e. La estabilidad psicológica del niño proporcionada por la lactancia natural contribuye a disminuir la prevalencia de hábitos bucales incorrectos que provocan serias maloclusiones que afectan la estética y función bucofacial.
- f. Los elementos inmunológicos adquiridos durante la lactancia evitan estados alérgicos e infecciones respiratorias que generalmente provocan respiración bucal y anomalías dentofaciales.
- g. Aparece una adecuada posición y función lingual (natural), facilitando el equilibrio dentario.
- h. La función muscular durante la lactancia favorece el mejor desarrollo de los maxilares y facilita la erupción y alineación de los dientes.
- i. El incremento del movimiento mandibular durante la lactancia con la función incrementada de músculos propulsores y de cierre, evita retrognatismos mandibulares, obteniéndose mejor relación entre el maxilar y la mandíbula.
- j. Con la ejercitación de los músculos masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuyen el 50 % de cada uno de los indicadores de maloclusiones dentarias (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera.) que afectan considerablemente la estética y la función dentofacial del niño.

2.2.3. LACTANCIA ARTIFICIAL

DEFINICIÓN

La lactancia artificial consiste en alimentar al bebé con fórmulas lácteas adaptadas a base de leche de vaca y con ayuda de un biberón. Antes de iniciar la lactancia artificial es necesario escoger el biberón y la tetina adecuada, es importante que los biberones sean fáciles de limpiar y resistentes; las tetinas pueden ser de caucho o silicona lo más parecido posible al pezón de la madre⁷¹.

Con el uso del biberón, el lactante no cierra los labios con tanta fuerza, la acción de la lengua se ve afectada, por lo regular el flujo excesivo de leche trae como consecuencia una menor excitación a nivel de la musculatura bucal y no favorecerán el crecimiento y desarrollo mandibular, por lo tanto habrá repercusión en la oclusión dentaria. Además favorecerá la aparición de pereza masticatoria y la aparición de estímulos nocivos^{71,72}.

Panells en 1999 considera la lactancia artificial como un factor etiológico principal en el desarrollo de hábitos que posteriormente tendrán como consecuencias anomalías dentofaciales⁷². Si no se estimula el crecimiento de las arcadas dentarias antes de los 6 años y sobre todo en los primeros meses de vida, con una adecuada alimentación y masticación puede que los maxilares no logren un correcto crecimiento transversal y sagital. Si la alimentación durante los primeros meses de vida no es satisfactoria, el niño desarrollará hábitos sustitutos como chuparse el dedo, morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, objetos y dichos hábitos favorecen el desarrollo de mal oclusiones. Los niños que han sido amamantados durante más de 6 meses han desarrollarlo planos terminales rectos lo que favorece una oclusión ideal en edades maduras.

Además los niños que han sido alimentados a seno materno por periodos que va de los primeros 4 meses al año de edad tienden en menor probabilidad de desarrollar hábitos de succión no nutritivos en comparación con los niños que no fueron alimentados a seno materno. El porcentaje de niños alimentados a seno materno ha disminuido considerablemente ya que se enfrenta a un obstáculo; el fenómeno de urbanización, la incorporación de la mujer a la fuerza laboral y al aumento de la comercialización de leches de fórmula. Esto coincide con el incremento en el porcentaje de maloclusiones a nivel mundial.

Cuando un bebé toma biberón, la actividad neuromuscular que se produce es mínima, apenas existen movimientos anteroposteriores de la mandíbula. Si observamos el esfuerzo que un lactante tiene que hacer cuando se le alimenta con un biberón, veremos que es mínimo. Con éste no hace falta tener un cierre hermético de los labios (éstos se posicionan en forma de O y no hacen el vacío en la cavidad oral), la mandíbula se posiciona a distal del maxilar y la lengua se posiciona plana y con su punta contra la eminencia alveolar superior para frenar el flujo excesivo de leche que pueda tener el biberón. Al estar la mandíbula en posición más retrasada, la orofarínge está cerrada y no puede respirar por la nariz, por lo que pasa a respirar por la boca soltando para ello la tetina del biberón.

La lactancia artificial no permite que los músculos (maseteros, temporales, pterigoideos, orbicular, mentoniano, infra/suprahioideos, etc.) sean desarrollados ni tonificados de manera correcta, de forma que en el momento en que la dentición temporal comience a “trabajar”, estos músculos no tendrán suficiente fuerza para desgastar el esmalte de los dientes deciduos, así, los caninos no desgastados van a interferir en los movimientos de lateralidad, de manera que el niño desarrollará una masticación vertical (nada efectiva desde el punto de vista del desarrollo

y crecimiento mandibular y maxilar así como de trituración del alimento y posterior absorción). Por tanto, con la alimentación con biberón, la estimulación de la musculatura es mínima, el bebé no termina de satisfacer su necesidad de succión y, por ello, en muchos casos utiliza objetos (chupete, manta.) o dedos, lengua, mano y uñas, para quedar totalmente satisfecho. Ya Freud nos hablaba de esta teoría, en la cual el niño, si no satisfacía la necesidad de succión, se proporcionaba placer succionando otros objetos o partes del cuerpo. La succión no nutritiva (uso de chupetes, interposición labial, succión digital o introducción de objetos o partes del cuerpo), nos condiciona el posicionamiento de la mandíbula y los dientes en una relación que no es la correcta y, cuando esto persiste en el tiempo, pasará a ser una maloclusión no sólo dentaria sino también ósea. Si el bebé no está cansado tras la lactancia artificial, ni tampoco satisfizo su instinto de succión, tenderá a tener un hábito de succión no nutritiva.

Se ha demostrado que la lactancia artificial, junto con la succión no nutritiva llega a elevar a un 50% el riesgo de padecer una maloclusión.

Según la teoría Neuroclusal.

Con la introducción del biberón o de la cuchara en la alimentación del lactante, se pierde una cantidad enorme de excitaciones paratípicas que parten de la boca, y muy especialmente de la ATM en su parte deslizante y, por consiguiente, no proporcionarán las respuestas de desarrollo necesarias, creando subdesarrollos y circuitos neurales de defensa, patológicos. Esta falta de desarrollo se manifestará en la falta de crecimiento posteroanterior mandibular, ya que el biberón no obliga a la propulsión y retrusión de la mandíbula. El niño aprende a tragar y se pierde la sincronía con la respiración. No está obligado a realizar ejercicio

muscular, por lo que cuando erupcionen la primera dentición no habrá tono muscular suficiente para la abrasión de ella y quedará enganchada. Asimismo, aumenta la posibilidad de adquirir el hábito de respirar por la boca. La mayoría de las lesiones que vemos en el adulto, tales como caries, distoclusiones, sobremordida, periodontitis, tienen su origen en el primer año de vida. Éste es, precisamente, importante motivo de investigación y estudio, para llegar a la prevención.

La OMS insiste en que las condiciones nutritivas e inmunológicas de la leche materna no pueden ser sustituidas por ningún otro producto natural o de síntesis, pero es una lástima que la misma OMS desconozca los principios de la RNO, así como las graves lesiones que se producen en el sistema estomatognático por falta de los estímulos paratípicos que proporciona la amamantación a pecho y que son imprescindibles para el desarrollo del sistema en el período más importante de la vida del nuevo ser.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Maloclusión dentaria

El origen de las maloclusiones dentarias se debe a una inadecuada posición de los dientes, alteraciones de las estructuras óseas, como la falta o exceso de crecimiento de los maxilares, alteraciones musculares y alteraciones de la función de la articulación temporomandibular⁷³.

Lactancia materna

Se entiende como la alimentación del niño durante los primeros meses de vida, de modo exclusivo mamando directamente del pecho de la madre trae beneficios desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo y psicológico; pero son poco conocidos los efectos que tiene el amamantamiento en el desarrollo del aparato estomatognático y sus posibles alteraciones^{71,74}.

Lactancia artificial

La lactancia artificial consiste en alimentar al bebé con fórmulas lácteas adaptadas a base de leche de vaca y con ayuda de un biberón. Antes de iniciar la lactancia artificial es necesario escoger el biberón y la tetina adecuada, es importante que los biberones sean fáciles de limpiar y resistentes; las tetinas pueden ser de caucho o silicona lo más parecido posible al pezón de la madre⁷¹.

Oclusión dental

Oclusión dental La oclusión dental se define como la relación funcional y disfuncional entre un sistema integrado por dientes, estructuras de soporte, articulación y componentes neuromusculares, incluyendo aspectos tanto psicológicos y fisiológicos, función y disfunción⁷⁵.

2.4. HIPÓTESIS

Hi

La lactancia materna y artificial INFLUYE en la maloclusión dentaria en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2019.

Ho

La lactancia materna y artificial NO INFLUYE en la maloclusión dentaria en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2019.

2.5 SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1. Variable independiente

Lactancia materna y lactancia artificial

2.5.2. Variable dependiente

Maloclusión dentaria

2.5.3. Variables intervinientes

Tiempo de lactancia materna

Tiempo de lactancia artificial

Edad

Sexo

Perfil facial

2.6. Operacionalización De Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Tipo de lactancia	Lactancia materna	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
	Lactancia artificial	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
	Lactancia mixta	Si No	Cualitativa	Nominal dicotómica
VARIABLE DEPENDIENTE				
Maloclusión dentaria	Relación molar	0=Plano terminal recto 1=Escalón distal/ Escalón mesial exagerado	Cualitativa	Ordinal
	Relación canina	0=Clase I 1=Clase II/Clase II	Cualitativa	Ordinal
	Sobre-mordida vertical	0=30-80% 1=>30%,<80%	Cuantitativo	Discreta Razón
	Mordida cruzada anterior	0=Ausente 1=Presente	Cualitativa	Nominal Dicotómica

	Mordida cruzada posterior	0=Presente 1=Ausente	Cualitativa	Nominal Dicotómica
	Mordida abierta anterior	0=Ausente 1=Presente	Cualitativa	Nominal Dicotómica
	Mordida abierta posterior	0=Ausente 1=Presente	Cualitativa	Nominal Dicotómica
	Mordida borde a borde	0=Ausente 1=Presente	Cualitativa	Nominal dicotómica
VARIABLES INTERVINIENTES				
Tiempo de Lactancia materna	Meses	1= de 0 a 12 meses 2= de 0 a 6 meses	Cualitativa	Nominal dicotómica
Tiempo Lactancia Artificial (Biberón)	Meses	1= de 0 a 12 meses 2= de 0 a 6 meses	Cualitativa	Nominal dicotómica
Edad	Años	3 años 4 años 5 años	Cuantitativa	Discreta Razón
Sexo	Características físicas	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Perfil Facial	Tipos	Recto Cóncavo Convexo	Cualitativa	Nominal politómica

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

3.1.1. Enfoque

Según la **finalidad** del investigador: Básica

Según número de **mediciones** de la variable de estudio: Transversal

Según la **planificación** de las mediciones de la variable de estudio:
Prospectivo

Según la intervención del investigador: Observacional

Según el número de variables analíticas: Analítico

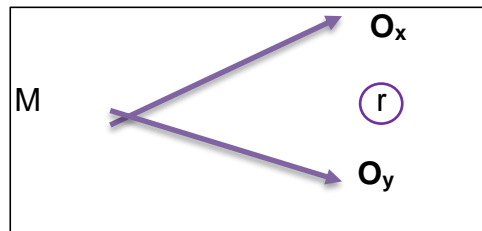
3.1.2. Alcance o nivel

Explicativo

Método

Inductivo

3.1.3. Diseño



Dónde:

M: Representa una muestra del estudio

O_x: Observación variable independiente (Lactancia materna y artificial)

O_y: Observación variable dependiente (Maloclusión dentaria)

r: Relación de variables

3.2. Población y muestra

Población

Estuvo conformada por los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco, los meses de Diciembre 2018 y Enero del 2019.

Muestra

El proceso de selección del tamaño de la muestra, se realizará a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Estará conformado por 180 niños de 3 a 5 años atendidos en el consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018. Los meses mayo y Junio que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

60 niños con lactancia materna

60 niños con lactancia artificial

60 niños con lactancia mixta

Criterios de inclusión

- ✓ Niños que sus madres aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación.
- ✓ Niños sin alteraciones del desarrollo.
- ✓ Niños sin enfermedad sistémica.

Criterios de exclusión

- ✓ Niños que sus madres no aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación.
- ✓ Niños con alteraciones del desarrollo.
- ✓ Niños con enfermedad sistémica.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos y Validación de Instrumentos

La técnica de recolección de datos será la observación, los instrumentos serán una ficha de observación, para la identificación de la influencia de la lactancia materna y lactancia artificial en la maloclusión dentaria en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizan, los cuales estarán validados (validez de contenido) por juicio de expertos tres profesionales.

La validación de los instrumentos será realizada a través de la apreciación de 3 expertos (profesionales especializadas en el área), Los cuales calificarán los instrumentos propuestos, en términos de relevancia, claridad en la redacción, objetividad, actualización, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia de los reactivos.

3.3.1. Para la recolección de datos

- ✓ Permiso al Director del Hospital Regional Hermilio Valdizan y responsable del consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED).
- ✓ Selección de los pacientes niños que formarán parte del estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- ✓ Se realizará el examen bucal a los niños que conformaran la muestra, para determinar la influencia de la lactancia materna y lactancia artificial en la maloclusión dentaria.

3.3.2. Plan de tabulación y análisis

La primera parte del análisis estadístico comprenderá la descripción de los datos. Las variables cualitativas se describieron mediante las correspondientes distribuciones de frecuencias, porcentajes. El estudio comparativo de la influencia de la lactancia materna y lactancia artificial en la maloclusión dentaria entre los diferentes grupos de estudio se realizará mediante el test Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) y la prueba estadística no paramétrica coeficiente de correlación de Spearman

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos

En este capítulo se describen los resultados obtenidos del análisis de los datos del presente estudio. Se realizó un estudio de tipo explicativo, transversal, con el propósito de evidenciar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria en niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco, encontrándose los siguientes resultados:

Tabla 1
Distribución de los niños según sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	98	53,6	53,6
Femenino	85	46,4	46,4
Total	183	100,0	100,0

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

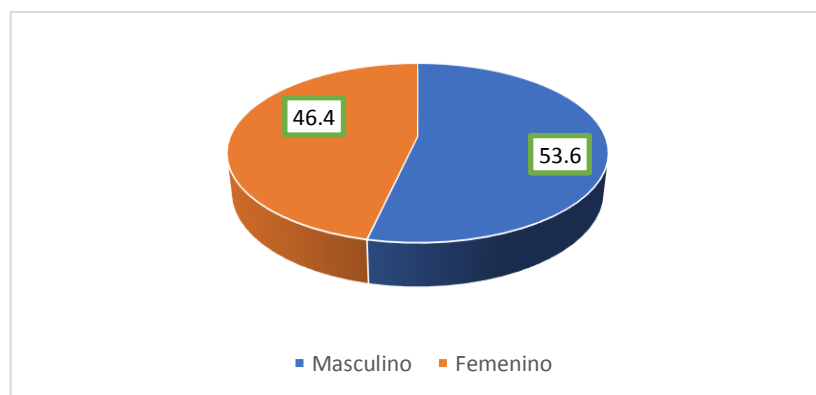


Gráfico 1
Distribución de los niños según sexo

Interpretación:

En la tabla y gráfico adjunto, se observa que el 53,6% de los niños de 3 a 5 años del Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco, y solo el 46,4% son de sexo femenino.

Tabla 2
Distribución de los niños según edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
3 años	67	36,1	36,1
4 años	61	33,3	33,3
5 años	56	30,6	30,6
Total	183	100,0	100,0

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

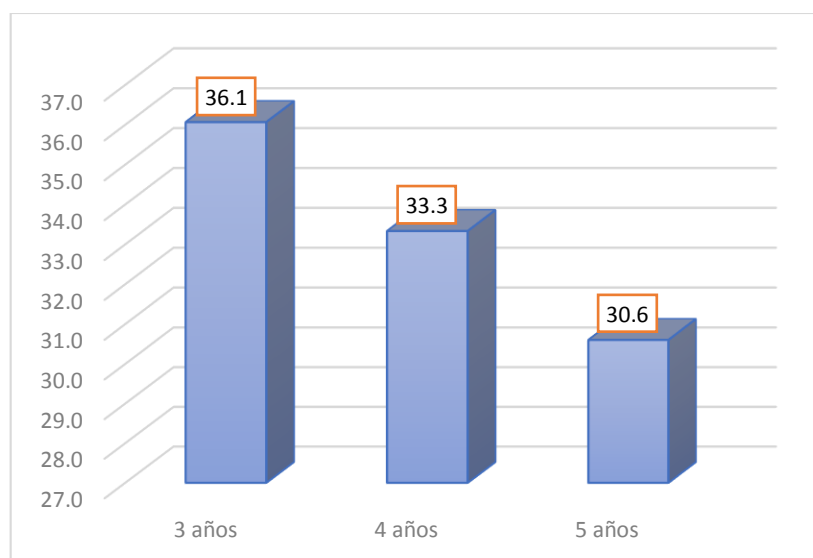


Gráfico 2
Distribución de los niños según edad

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los niños según sus edades, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en niños de 3 años (36,1%), seguido en frecuencia por niños de 4 años 33,3%, y finalmente, los niños de 5 años 30,6%.

Tabla 3
Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Lactancia materna	62	33,9	33,9
Lactancia artificial	63	34,4	34,4
Lactancia mixta	58	31,7	31,7
Total	183	100,0	100,0

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

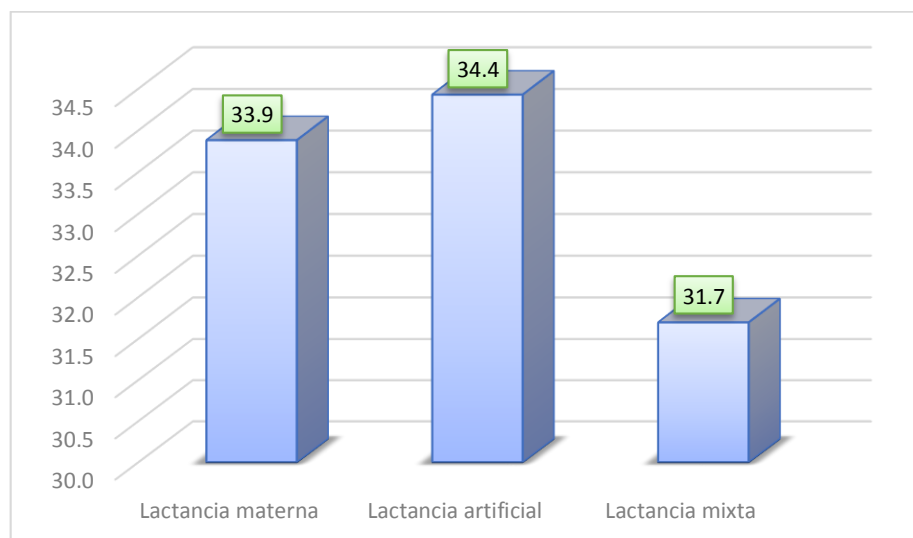


Gráfico 3
Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco.

Interpretación:

En la tabla y gráfico 3, se evidencia los tipos de lactancia en niños de 3 a 5 años, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró niños que fueron alimentados con lactancia artificial con un (34,4%), seguido de lactancia materna exclusiva 33,9%, y finalmente, lactancia mixta 31,7%.

Tabla 4

Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación molar derecha.

Tipo de lactancia	Relación Molar Derecha				Total	p
	Escalón recto	Escalón mesial	Escalón distal	Escalón mesial exagerado		
Lactancia materna	58 31,7%	4 2,2%	0 0,0%	0 0,0%	62 33,9%	0,00
Lactancia artificial	1 0,5%	34 18,6%	23 12,6%	5 2,7%	63 34,4%	
Lactancia mixta	44 24,0%	14 7,7%	0 0,0%	0 0,0%	58 31,7%	
Total	103 56,3%	52 28,4%	23 12,6%	5 2,7%	183 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación molar izquierda, se observa que la relación molar izquierda escalón recto se presentó en mayor porcentaje 31,7% en niños con lactancia materna, mientras que en niños que tuvieron lactancia artificial predominó escalón mesial 18,6% y finalmente en niños con lactancia mixta prevaleció la relación molar escalón recto con un 24%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según relación molar derecha siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$).

Tabla 5
Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación molar izquierda.

Tipo de lactancia	Relación molar izquierda				Total	p
	Escalón recto	Escalón mesial	Escalón distal	Escalón distal exagerado		
Lactancia materna	58 31,7%	4 2,2%	0 0,0%	0 0,0%	62 33,9%	0,00
Lactancia artificial	1 0,5%	34 18,6%	23 12,6%	5 2,7%	63 34,4%	
Lactancia mixta	44 24,0%	14 7,7%	0 0,0%	0 0,0%	58 31,7%	
Total	103 56,3%	52 28,4%	23 12,6%	5 2,7%	183 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación molar izquierda, se observa que la relación molar izquierda escalón recto se presentó en mayor porcentaje 31,7%, mientras que en niños que tuvieron lactancia artificial predominó escalón mesial 18,6% y finalmente en niños con lactancia mixta prevaleció la relación molar escalón recto con un 24%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según relación molar izquierda siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$).

Tabla 6**Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación canina derecha.**

Tipo de lactancia	Relación canina derecha			Total	P
	Clase I	Clase II	Clase III		
Lactancia materna	55 30,1%	7 3,8%	0 0,0%	62 33,9%	0,00
Lactancia artificial	3 1,6%	36 19,7%	24 13,1%	63 34,4%	
Lactancia mixta	38 20,8%	20 10,9%	0 0,0%	58 31,7%	
Total	96 52,5%	63 34,4%	24 13,1%	183 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación canina derecha, se observa que la relación canina derecha clase I se presentó en mayor porcentaje en niños con lactancia materna 30,1%, mientras que en niños que tuvieron lactancia artificial predominó clase II 19,7% y finalmente en niños con lactancia mixta prevaleció la relación canina clase I con un 20,8%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según relación canina derecha siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$).

Tabla 7**Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación canina izquierda.**

Tipo de lactancia	Relación canina izquierda			Total	P
	Clase I	Clase II	Clase III		
Lactancia materna	55 30,1%	7 3,8%	0 0,0%	62 33,9%	0,00
Lactancia artificial	2 1,1%	37 20,2%	24 13,1%	63 34,4%	
Lactancia mixta	38 20,8%	20 10,9%	0 0,0%	58 31,7%	
Total	95 51,9%	64 35,0%	24 13,1%	183 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación canina izquierda, se observa que la relación canina derecha clase I se presentó en mayor porcentaje en niños con lactancia materna 30,1%, mientras que en niños que tuvieron lactancia artificial predominó clase II 20,2% y finalmente en niños con lactancia mixta prevaleció la relación canina clase I con un 20,8%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según relación canina izquierda siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$).

Tabla 8
Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según espacios primates

Tipo de lactancia	Espacios primates		Total	p
	Sí	No		
Lactancia materna	10 5,6%	50 27,8%	60 33,3%	0,659
Lactancia artificial	8 4,4%	54 30,0%	62 34,4%	
Lactancia mixta	11 6,1%	47 26,1%	58 32,2%	
Total	29 16,1%	151 83,9%	180 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según relación espacios primates, se observa que los espacios primates es mayor en niños que tuvieron lactancia mixta 6,1%, seguido lactancia materna 5,6% de espacios primates y finalmente con un 4,4% lactancia artificial. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según espacios primates siendo el valor de $p > 0,05$ ($0 = 0,659$).

Tabla 9**Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según sobremordida vertical**

Tipo de lactancia	Sobremordida vertical		Total	P
	Sí	No		
Lactancia materna	0 0,0%	58 32,8%	58 32,8%	0,00
Lactancia artificial	9 5,1%	52 29,4%	61 34,5%	
Lactancia mixta	0 0,0%	58 32,8%	58 32,8%	
Total	9 5,1%	168 94,9%	177 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según sobremordida vertical, se observa que la sobremordida vertical se presentó en mayor porcentaje en niños con lactancia artificial 5,1%, mientras que en niños que tuvieron lactancia materna y lactancia mixta no se presentó ningún caso de sobremordida vertical. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según relación sobremordida vertical siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$).

Tabla 10**Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida cruzada anterior**

Tipo de lactancia	Mordida cruzada anterior			Total	p
	Sí	No	3		
Lactancia materna	0 0,0%	58 33,0%	1 0,6%	59 33,5%	0,200
Lactancia artificial	2 1,1%	57 32,4%	0 0,0%	59 33,5%	
Lactancia mixta	0 0,0%	58 33,0%	0 0,0%	58 33,0%	
Total	2 1,1%	173 98,3%	1 0,6%	176 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según tipo de mordida cruzada anterior, se observa que la sobremordida cruzada anterior se presentó en niños con lactancia artificial en un 1,1%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según mordida cruzada anterior siendo el valor de $p > 0,05$ ($0 = 0,20$).

Tabla 11**Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida cruzada posterior**

Tipo de lactancia	Mordida cruzada posterior			Total	p
	No	1	2		
Lactancia materna	5 2,7%	0 0,0%	57 31,1%	62 33,9%	0,92
Lactancia artificial	4 2,2%	3 1,6%	56 30,6%	63 34,4%	
Lactancia mixta	0 0,0%	1 0,5%	57 31,1%	58 31,7%	
Total	9 4,9%	4 2,2%	170 92,9%	183 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según tipo de mordida cruzada posterior, se observa que la sobremordida cruzada posterior se presentó en niños con lactancia materna en un 2,7% y niños con lactancia artificial se presentó en un 2,2%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según mordida cruzada posterior siendo el valor de $p > 0,05$ ($0 = 0,92$).

Tabla 12**Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida abierta anterior**

Tipo de lactancia	Mordida abierta anterior		Total	P
	Sí	No		
Lactancia materna	0 0,0%	56 31,8%	56 31,8%	0,00
Lactancia artificial	9 5,1%	53 30,1%	62 35,2%	
Lactancia mixta	0 0,0%	58 33,0%	58 33,0%	
Total	9 5,1%	167 94,9%	176 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según tipo de mordida abierta anterior, se observa que la mordida abierta anterior se presentó en niños con lactancia artificial en un 5,1%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según mordida abierta anterior siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$).

Tabla 13**Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida abierta posterior**

Tipo de lactancia	Mordida abierta posterior		Total	P
	Sí	No		
Lactancia materna	0 0,0%	54 31,8%	54 31,8%	0,379
Lactancia artificial	1 0,6%	57 33,5%	58 34,1%	
Lactancia mixta	0 0,0%	58 34,1%	58 34,1%	
Total	1 0,6%	169 99,4%	170 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según tipo de mordida abierta anterior, se observa que la mordida abierta posterior se presentó en niños con lactancia artificial en un 0,6%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según mordida abierta anterior siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,37$).

Tabla 14**Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según mordida borde a borde**

Tipo de lactancia	Mordida borde a borde		Total	P
	Sí	No		
Lactancia materna	4 2,3%	51 29,3%	55 31,6%	0,018
Lactancia artificial	8 4,6%	53 30,5%	61 35,1%	
Lactancia mixta	0 0,0%	58 33,3%	58 33,3%	
Total	12 6,9%	162 93,1%	174 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según tipo de mordida borde a borde, se observa que la mordida borde a borde se presentó en niños con lactancia artificial en un 4,6%, en menor porcentaje 2,3% en niños con lactancia materna. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según mordida borde a borde siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,018$).

Tabla 15**Tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según tipo de perfil**

Tipo de lactancia	Tipo de perfil			Total	p
	Cóncavo	Recto	Convexo		
Lactancia materna	0 0,0%	2 1,1%	60 33,0%	62 34,1%	0,00
Lactancia artificial	11 6,0%	15 8,2%	37 20,3%	63 34,6%	
Lactancia mixta	6 3,3%	7 3,8%	44 24,2%	57 31,3%	
Total	17 9,3%	24 13,2%	141 77,5%	182 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco

Interpretación:

Al comparar tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años según tipo de perfil facial, se observa que el tipo de perfil facial convexo predominó en los niños con los tres tipos de lactancia materna, artificial y mixta con 33, 0%, 20,3% y 24,4% respectivamente. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre el tipo de lactancia según tipo de perfil siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria. Por ello, este trabajo de investigación se realizó sobre una muestra de 182 pacientes de sexo masculino y femenino de 3 a 5 años del Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco 2019.

Los hallazgos de este estudio prospectivo refuerzan la idea de que la lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de maloclusión en la dentición primaria. Sin embargo, Chupar el pecho impone grandes exigencias a la musculatura perioral. El esfuerzo constante y repetitivo promueve el desarrollo correcto de estos músculos, aumentando su tono y asegurando que se establezca la función oral correcta. Como resultado, la duración de la lactancia natural tiene un efecto positivo en la movilidad de las estructuras orofaciales⁷⁷. El destete temprano puede llevar a una actividad muscular perioral insuficiente, que puede causar consecuencias negativas al tragar, respirar y hablar, así como a la maloclusión⁷⁸ Warren et al. encontró que la lactancia materna facilita el desarrollo normal del paladar y atenúa la formación de un paladar profundo y arqueado⁷⁹. Viggiano et al. y Karjalainen et al. han informado que la lactancia materna fue un factor protector contra el desarrollo de la mordida cruzada posterior en la dentición decidua Viggiano D, Fasano D, Mónaco G, Strohmenger L. Lactancia materna, alimentación con biberón y succión no nutritiva; Efectos sobre la oclusión en dentición decidua. Arch Dis Niño. 2004; 89 (12): 1121-3. , . Karjalainen S, Ronning O, Lapinleimu H, Simell O. Asociación entre destete precoz, hábitos de succión no nutritivos y anomalías oclusales en niños finlandeses de 3 años. Int J Paediatr Dent. 1999; 9 (3): 169–73. Del mismo modo, Kobayashi et al. informaron que la lactancia materna exclusiva prolongada puede reducir considerablemente la prevalencia de mordida cruzada posterior.

Esta evidencia corrobora los hallazgos del presente estudio. Aunque la prevalencia de mordida cruzada anterior fue extremadamente baja 1,1 en niños con lactancia artificial. Sugerimos que el destete temprano puede interferir con el desarrollo normal de las crestas alveolares y el paladar duro y, por lo tanto, provocar una mordida cruzada posterior, falta de espacio o apiñamiento en el arco superior, no se encontraron asociaciones significativas entre el tipo lactancia y mordida cruzada anterior, Estos hallazgos diferentes resaltan el hecho de que la lactancia materna es de naturaleza multifactorial y los programas futuros dirigidos a promover la lactancia materna deben tener esto en cuenta. Los resultados hallados por Chen no coinciden quien determinó asociación directamente con la mordida cruzada posterior y la duración de la lactancia materna (OR = 3.13)

Leite reportó que la incidencia del hábito de succión fue mayor en los niños alimentados con biberón que en los niños alimentados con leche materna. La relación entre la incidencia de hábitos y la maloclusión fue estadísticamente significativa, resultados que coinciden con lo obtenido en la presente investigación donde Los niños con lactancia artificial presentaron mayor porcentaje de escalón mesial 18,6%, y la relación canina clase II predominó en niños con lactancia artificial. Dado que la lactancia materna es un factor de protección para otras enfermedades de la infancia, nuestros hallazgos indican que el enfoque de riesgos comunes es el más apropiado para la prevención de la mordida cruzada posterior en la dentición mixta primaria o incia según lo afirma Glazer et al.

Cigueñas también concuerda con los resultados que se obtuvo en el estudio quién encontró diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de lactancia y el desarrollo de maloclusiones, además de un riesgo relativo de 1.32 veces más en el tipo de lactancia de biberón que en el de lactancia materna exclusiva para desarrollar maloclusiones

En el estudio se halló Espacios primates se dio en en mayor porcentaje en niños con lactancia mixta 6,1%, Sobremordida vertical en niños con lactancia artificial 5,1%, Mordida cruzada anterior 1,1% en niños con lactancia artificial, Mordida

abierta anterior 5,1% lactancia artificial, Mordida borde a borde 4,6% lactancia artificial y el Tipo de perfil prevaleció perfil convexo en los tres tipos de lactancia

Existen varios mecanismos teóricos por los cuales la alimentación con biberón podría contribuir al desarrollo de la maloclusión:

se necesita menos actividad muscular para extraer la leche de un biberón, lo que resulta en un menor desarrollo de los músculos involucrados en la succión, que puede actuar como una matriz funcional por crecimiento mandibular inadecuado⁸⁰ La lengua actúa solo para controlar la salida de la leche durante la alimentación con biberón y los niños alimentados con biberón tienen una mayor prevalencia de patrones anormales de deglución o hábitos de empuje de la lengua⁸¹ ; más del 60% de los niños que eran predominantemente alimentados con biberón presentaban respiración bucal o respiración mixta, lo que puede comprometer la oclusión⁸², los resultados de nuestro estudio demostraron claramente que la alimentación con biberón puede estar relacionada con una relación anormal maxilomandibular a través de su provisión inadecuada de estimulación muscular.

CONCLUSIONES

1. El tipo de lactancia artificial influye negativamente en la oclusión dentaria en los niños de en la maloclusión dentaria en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2019.
2. No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de lactancia (lactancia materna y artificial) con el tipo de perfil.
3. En la relación molar el escalón recto predominó en niños con lactancia materna con 31,7% y niños con lactancia artificial prevaleció en relación escalón mesial con un 18,6%.
4. En la relación canina la clase I predominó en niños con lactancia materna con 39,1% y niños con lactancia artificial prevaleció la clase II con un 19,7%.
5. Mordida abierta anterior predominó en niños con lactancia artificial con un 5,1%, Sobremordida vertical en niños con lactancia artificial 5,1%, Mordida cruzada anterior 1,1% en niños con lactancia artificial, , Mordida borde a borde 4,6% lactancia artificial.
6. La lactancia artificial persistente se asociaron significativamente con mayores posibilidades de tener mordida abierta anterior.
7. Por lo tanto, la práctica prolongada de la lactancia materna, con la evitación total de biberones y pezones artificiales, parece ejercer efectos muy positivos no solo impidiendo la adquisición de hábitos de succión no nutritivos, sino también estimulando directamente el desarrollo oral adecuado y la oclusión dental.

RECOMENDACIONES

1. Los resultados sugieren que incluso en ausencia de hábitos de succión no nutritivos, la falta de lactancia durante un período de tiempo suficiente puede afectar negativamente el crecimiento del arco maxilar y puede llevar a una maloclusión en la forma de una mordida cruzada anterior y posterior.
2. Se sugiere que durante las actividades de promoción de la salud bucal se tome en cuenta como un enfoque de riesgo común, promoviendo la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad para prevenir enfermedades y trastornos infantiles, debe ser una estrategia poblacional efectiva para prevenir la maloclusión dentarias.
3. Realizar estudios longitudinales de casos y control, asociando el tipo y tiempo de lactancia y hábitos de succión no nutritivo como factores de riesgo de maloclusiones y con mayor número de muestras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. . Turgeon-O'Brien H, Lachapelle D, Gagnon PF, Larocque I, Maheu-Robert LF. Hábitos de succión nutritivos y no nutritivos: una revisión. *ASDC J Dent Child* 1996; 63: 321-7
2. Klackenberg G. Un estudio prospectivo longitudinal de niños: datos sobre la salud psíquica y el desarrollo hasta los 8 años de edad. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1971; 224: 1-239.
3. Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmenger L. Lactancia materna, botella de alimentación, y no nutritivo sucking; los efectos en occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child* 2004, 89 (12): 1121-1123.
4. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoz: implicaciones para el desarrollo motor-oral. *J Pediatr* 2003; 79 (1): 7-12.
5. Queluz DP, Gimenez CMM. Lactancia y hábitos deletéreos relacionados con la oclusión. *Rev Paul Odontol* 2000; 22 (6): 16-20.
6. Labbok MH, Hendershot GE. ¿La lactancia protege contra la maloclusión? Un análisis del Suplemento de Salud Infantil de 1981 a la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud. *Am J Prev Med* 1987 ; 3 : 227 - 32.
7. Karjalainen S, Ronning O, Lapinleimu H, y col. Asociación entre el destete temprano, los hábitos de succión no nutritivos y las anomalías oclusales en niños finlandeses de 3 años. *Int J Paediatr Dent* 1999 ; 9 : 169 -73.
8. Warren JJ, Bishara SE. Duración de las conductas de succión nutritiva y no nutritiva y sus efectos sobre los arcos dentales en la dentición primaria. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002; 121 : 347 -56.
9. Weber F, Woolridge MW, Baum JD. Un estudio ultrasonográfico de la organización de la succión y la deglución de los recién nacidos. *Dev Med Child Neurol* 1986; 28 : 19 -24.
10. Nowak AJ, Smith WL, Erenberg A. Evaluación de imagen de pezones artificiales durante la alimentación con biberón. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148 : 40 -2.

11. Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Chupete como factor de riesgo para la otitis media aguda: un ensayo aleatorizado y controlado de asesoramiento de los padres. *Pediatrics* 2000; 106: 483-8.
12. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Confusión del pezón: hacia una definición formal. *J Pediatr* 1995; 126: S125-9.
13. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlieck EA, Oakes D, *et al.* Ensayo clínico aleatorizado sobre el uso del chupete y la alimentación con biberón o la alimentación con taza y su efecto sobre la lactancia. *Pediatrics* 2003; 111: 511-8.
14. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, y *col.* Uso del chupete, destete temprano y comportamiento de lloro / lloriqueo: un ensayo controlado aleatorio. *JAMA* 2001; 286: 322-6.
15. Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna en Italia. *Acta Paediatr* 1999; 88: 411-5.
16. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MT, Weiderpass E. Uso del chupete y breve duración de la lactancia: ¿causa, consecuencia o coincidencia? *Pediatrics* 1997; 99: 445-53.
17. Organización Mundial de la Salud. Evidencia de los diez pasos para una lactancia exitosa. División de salud y desarrollo infantil. Ginebra: OMS; 1998.
18. Charchut SW, Allred EN, Needleman HL. Los efectos de los patrones de alimentación infantil sobre la oclusión de la dentición primaria. *J Dent Child (Chic)* 2003; 70: 197-203.
19. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Suficiencia de nutrientes de la lactancia materna exclusiva para el recién nacido a término durante los primeros seis meses de vida. Departamento de nutrición para la salud y el desarrollo. Departamento de salud y desarrollo de niños y adolescentes. Ginebra: OMS; 2002

20. Araújo de França GV, Brunken GS, da Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Los determinantes de la lactancia materna en el primer año de vida de los niños en una ciudad del medio oeste de Brasil. *Rev Saude Publica* 2007; 41: 711-8.
21. Pontin D, Emmett P, Steer C, Emond A; Equipo de estudio ALSPAC. Patrones de la lactancia materna en un estudio de cohorte longitudinal del Reino Unido. *Matern Child Nutr* 2007; 3: 2-9.
22. Mennella JA, Turnbull B, Ziegler PJ, Martinez H. Prácticas de alimentación infantil y experiencias tempranas de sabor en bebés mexicanos: un estudio intracultural. *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 908-15.
23. Medhi GK, Mahanta J. La lactancia materna, las prácticas de destete y el estado nutricional de los bebés de los trabajadores del jardín de té de Assam. *Indian Pediatr* 2004; 41: 1277-9.
24. Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Patrones de lactancia materna y de succión no nutritiva relacionados con la prevalencia de mordida abierta anterior en dentición primaria. *J Appl Oral Sci.* 2011; 19 (2): 161-8.
25. Elad D, P Kozlovsky, Blum O, AF Laine, Po MJ, Botzer E, et al. Biomecánica de la extracción de leche durante la lactancia. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2014; 111 (14): 5230-5.
26. Chen XX , Xia B , Ge LH , Yuan JW. Efectos de la duración de la lactancia materna, la duración de la alimentación con biberón y los hábitos orales sobre las características oclusales de la dentición primaria. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2016 18 de diciembre; 48 (6): 1060-1066.
27. Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK , Moura C. Lactancia materna, alimentación con biberón, hábitos de succión y maloclusión en niños preescolares brasileños. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2007 de abril a junio; 9 (2): 194-204.

28. Leite-Cavalcanti, Priscila K. Medeiros-Bezerra y Cristiano Moura. Lactancia materna, alimentación con biberón, hábitos de succión y maloclusión en niños preescolares brasileños. Rev Salud Publica (Bogotá). 2007 de abril a junio; 9 (2): 194-204.
29. Karen Glazer Peres; Aluísio JD Barros; Marco Aurélio Peres; César Gomes Victora. Efectos de los hábitos de lactancia y succión en la maloclusión en un estudio de cohorte de nacimiento. Rev. Saúde Pública vol.41 no.3 São Paulo, junio de 2007 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300004>
30. López Del Valle LM, Singh GD, Feliciano N, Machuca M del C. Asociaciones entre una historia de mala alimentación, maloclusión y parafuncionales hábitos en Puerto Rico los niños. PR Health Sci J. 2006 Mar; 25 (1): 31-4.
31. Caglar E , Larsson E, Andersson EM , Hauge MS , Ogaard B , Bishara S , Warren J , Noda T , Dolci GS . Alimentación, hábitos de succión artificial y maloclusiones en niñas de 3 años en diferentes regiones del mundo. J Dent Child (Chic). 2005 ene-abr; 72 (1): 25-30.
32. Cigüeñas E. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad. [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Lima Perú; 2013.
33. Carrillo C. Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos. [Tesis Pregrado]. Universidad nacional Hermilio Valdizan: Lima Perú; 2008.
34. CANUT. J.A .- Ortodoncia Clinica, Salvat, 1989
35. Ortodoncia - Diagnóstico y planificación clínica, Flavio Vellini Ferreira, editorial Latinoamérica, año 2002
36. Ortega, G: (1998) Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. Rev Cubana Ortod. 13(1):53-54.
37. Jabbar, N; Miguel, A; Da Silva, P; Scavone, H; Ferreira, I: (2011) Bottle feeding, increased overjet and class 2 primary canine relationship: is there any association?. Braz. Oral Res. 25(4). São Paulo July/Aug. 2011

38. Medina, C; Laboren, M; Vilorio, C; Quirós, O; D'Jurisic, A; Alcedo, C; Molero, L; Tedaldi, J: (2010) Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2010. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, 20/02/2012.
39. Ferras, I; Pereira, E; Pereira, A; De Castro, M; Nóbilo, K; Bovi, G: (2010) Breastfeeding, deleterious oral habits and malocclusion in 5-year-old children in São Pedro, SP, Brazil. Dental Press J. Orthod. 15(2):71-81.
40. Guerra, ME; Mujica, C: (1999) Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontológica Venezolana. Vol. 37(2)/1999.
41. Cristiane, L; Garib, D; Arouca, R: (2006) Association between breastfeeding duration and mandibular retrusion: A cross-sectional study of children in the mixed dentition. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 130(4): 53
42. Lopez, L; Singh, D; Feliciano, N; Machuca, M: (2006) Associations between a history of breastfeeding, malocclusion and parafunctional habits in Puerto Rican children. PRHSJ. 25(1):31-34.
43. Glazer, K; Barros, A; Peres, M; Victora, C: (2007) Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. Rev. Saúde Pública. 41(3) São Paulo June 2007.
44. Blanco, L; Guerra, ME; Rodríguez, S: (2007) Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la Gran Caracas. Acta Odontológica Venezolana. Vol. 45(2) Caracas 2007.
45. Oliveira, A; Pordeus, I; Torres, C; Martins, M; Paiva, S: (2010) Feeding and non-nutritive sucking habits and prevalence of open bite and crossbite in children/adolescents with Down Syndrome. Angle Orthod. Vol.80(4):748-753.
46. Guerra, ME; Rodríguez, S; Blanco, L: (2010) Relationship Between Breastfeeding Period and Dentobuccomaxillofacial Characteristics in Venezuelan Children. IADR. July 14-17,2010. Obtenible

en:http://iadr.confex.com/iadr/2010barce/preliminaryprogram/abstract_131547.htm

47. Romero, C; Scavone, H; Gamba, D; Cotrim, F; Ferreira, R: (2011) Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. J. Appl. Oral Sci. 19(2). Bauru Mar./Apr. 2011
48. Vasconcelos, F; De Lima, A; Vilela, M; Brito, A; Tornisiello, C; Rosenblatt: (2011) Non-nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in Brazilian children aged 30-59 months. Braz. Dent. J. Vol.22(2). Ribeirão Preto 2011.
49. Oliveira, A; Paiva, S; Torres, M; Silva, C; Almeida, I: (2011) Prevalence and determinant factors of malocclusion in children with special needs. Eur J Orthod. 33(4):413-418.
50. Kobayashi, H; Scavone, H; Ferreira, R; Garib, D: (2010) Relationship between breastfeeding duration and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 137(1):54-58.
51. Del monte, A; Jiménez, R: (2000) Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal de los arcos dentarios. Cuba. Obtenible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/micrognatismo.pdf>
52. Thomas, E; Cangussu, M, Assis, A: (2012) Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: A multivariate analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012 Feb 4.
53. Mendoza, A; Asbún, P; Crespo, A; González, S; Patiño, R: (2008) Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev. bol. ped. 47(1) La Paz Ene. 2008.
54. Celso Guillén Borda, Lourdes Benavente Lipa, Javier Gonzáles, Silvia A. Chein Villacampa Beneficios de la leche y lactancia materna comofactor importante del crecimiento y desarrollo del niño y su relación con el organo de la boca. Facultad de odontología, UNMSM.

55. Hotz R. Ortodoncia en la práctica diaria. Sus posibilidades y límites. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984:21. (Edición Revolucionaria).
56. Ortega VG. Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. Rev Cubana Ortod 1997;13(1):53-4.
57. Zulliger A. Evolución psicológica del niño. 3 ed.
58. Osorno J. Hacia una feliz lactancia materna. Texto práctico para profesionales de la salud. Editorial Gente Nueva, 1992:47-66.
59. Freud S. Tres ensayos para una teoría sexual. En: Obras completas Madrid: Biblioteca Nueva, 1981; t2:
60. Peña MM. Consideraciones farmacológicas acerca del uso de medicamentos durante la lactancia materna. Rev Cubana Med Gen Integr 1993;9(2): 132-5.
61. Riverón CR, Más CP, González F, Zarragaitiá ROL, Comellas M, Torres J. Diarreas por rotavirus y lactancia materna. Rev Cubana Pediatr 1989;61(2): 189-98.
62. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2009].
63. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005 Feb;115(2):496-506. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2>
64. Enlace Hispano Americano en Salud – Alimentación del lactante. Disponible en : <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/nutricion/Clase%202.htm>.
65. Camargo, M.C.F. Programa Preventivo de Maloclusões em Bebês. In: FELLER, C. & GONÇALVES, E.A.N. Atualização na Clínica
66. Tollara, M. N. y col. Amamantamiento Natural, In: CORREA, M.S.P.N. Odontopediatria na primeira infancia, Ed. Santos, cap. 4: 37-52, São Paulo, 2009.

67. Guedes-Pinto, A.C. Odontopediatría 2.ed. São Paulo:Santos, 1990. p. 1126.
68. Mata, E. y Duran, A. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones, Gaceta Dental 221: 132-139, Madrid, Ene 2011.
69. Ortega, V.G. Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental, Rev. Cubana Ortod, 13(1):53-54, Cuba, 1997.
70. Planas. Rehabilitación Neuro-oclusal, 4 Ed.España, 2009.
71. Padilla M, Tello L, Hernández J. Enfoque temprano de las maloclusiones transversales diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Rev. Estomat. 2009; 17(1) :30-37.
72. Benítez L, Calvo L, Quirós O, Maza P, Jurasic A, Alcedo C, Fuenmayor D. Estudio de la lactancia materna como factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales. Rev Lat Ortodon Odontoped. [Revista en Internet] septiembre 2009. [acceso octubre 2012].
73. Stanley J. N, M. M. (2010). Anatomía, fisiología y oclusión dental. España: ELSEVIER.
74. Pérez G E, Guillen R J. Lactancia materna y su importancia para evitar la aparición de anomalías dentomaxilofaciales. Rev Ciencias Med Cuba. 2011; 243 (2): 32-7.
75. Dawson, P. (1995). Evaluación, Diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales. Masson S.A,
76. Martínez R. La investigación en la práctica educativa: Guía metodológica de investigación para el diagnóstico y evaluación en los centros docentes. 1ed. Madrid: Fareso, 2007.
77. Medeiros AP, Ferreira JT, Felicio CM. Correlación entre métodos de alimentación, succión no nutritiva y comportamientos orofaciales. Pro Fono. 2009; 21 (4): 315–9.
78. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Efectos de la duración de los hábitos orales sobre las características dentales en la dentición primaria. J Am Dent Assoc. 2001; 132 (12): 1685–93.

79. Neiva FC, Cattoni DM, Ramos JL, Issler H. Destete temprano: implicaciones para el desarrollo motor oral. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79 (1): 7–12.].
80. Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Lactancia materna y patrones de succión no nutritivos relacionados con la prevalencia de mordida abierta anterior en la dentición primaria. *J Appl Oral Sci.* 2011; 19 (2): 161-8.
81. Stanley EO, Lundeen DJ. Empuje de la lengua en niños en edad escolar amamantados y alimentados con biberón: una investigación intercultural. *Int J Oral Myol.* 1980; 6 (1): 6–17.
82. Stanley EO, Lundeen DJ. Empuje de la lengua en niños en edad escolar amamantados y alimentados con biberón: una investigación intercultural. *Int J Oral Myol.* 1980; 6 (1): 6–17.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS
Problema General	Objetivo General	Variable independiente	H. I.
¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria?	Determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria.	Lactancia materna, lactancia artificial	La lactancia materna y artificial INFLUYE en la maloclusión dentaria en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2017.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Variable dependiente	H.O.
¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según el de perfil?	Establecer las influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según el tipo de perfil.	Maloclusión dentaria	La lactancia materna y artificial NO INFLUYE en la maloclusión dentaria en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2017.
¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria relación canina?	Establecer la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según relación canina.	Variable interviniente	
¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según relación molar?	Determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según relación molar.	Tiempo de lactancia materna Tiempo de lactancia artificial Tiempo de lactancia mixta	.
¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según mordida anterior?	Determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según mordida anterior, relación canina.	Edad	
¿Cuál es la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según mordida cruzada?	Determinar la influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria según mordida cruzada.	Sexo	

VALIDACION DE INSTRUMENTO

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: DR. NANCY CATRIN GONZALEZ
 Institución donde labora: LSDH
 Instrumento motivo de evaluación: FLUJO DE GASES DENTALES
 Autor del Instrumento: LADI YATQUEZ MELACHA
 Aspecto de validación: CONTENIDO

CRITERIOS		DEFICIENTE					BAJA					REGULAR					BUENA					MUY BUENA					TF
1. CLARIDAD	Esta formulado con términos apropiados	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100						
2. OBJETIVIDAD	Esta formulado en conductas observables																						X				
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adaptado a avances de la ciencia y tecnología																							Y			
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																							Y			
5. SUFFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																							X			
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																							X			
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos técnicos científicos																							X			
8. COHERENCIA	Entre las variables independientes y las dependientes																							X			
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación																								X		
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado																								X		
TOTAL																								X			92

Opinión de Aplicabilidad:

POSIBLE

Promedio de Valoración: 92

Fecha: 21-11-18.

Grado académico	<u>DOCTORA</u>
Mención	<u>Ciencias de la Salud</u>
DNI	<u>22510578</u>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
F.A.R. ODONTOLOGÍA

Nancy
Dra. Nancy Catrín Gonzales
Experta del Instrumento

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: CASTRO MARTINEZ SALDI
 Institución donde labora: HOSP. REG. AV. H. - Universidad de Huánuco
 Instrumento motivo de evaluación: FICHA DE OBSERVACIÓN
 Autor del Instrumento: LADO VASQUEZ MOZUCHO
 Aspecto de validación: CONTENIDO

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguajes apropiado																		X			
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																			X		
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado al avance de la ciencia y tecnología																				X	
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica																				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																			X		
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																	X				
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos científicos																		X			
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los ítems																			X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																				X	
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable																			X		
TOTAL																						92

Opinión de Aplicabilidad:

FAVORABLE

Promedio de Valoración: 92

Fecha: 21 - 11 - 2018

Grado académico	<u>DOCTORA</u>
Mención	<u>CIENCIAS LA SALUD</u>
DNI	<u>22 47 54 03</u>

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital Regional "Herópolo Valdezán Méndez"
C.D. Saldi Castro Martínez
 Especialista Radiología Oral y Maxilofacial
 COP 1887 - RNE 1457

Firma del Experto

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: Dra. Luz Preciado Lara
 Institución donde labora: UDH
 Instrumento motivo de evaluación: Ficha de Observación
 Autor del Instrumento: Ladi Florenti Vasquez Malochu
 Aspecto de validación: Contenido

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguajes apropiado																			X		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																		X			
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado al avance de la ciencia y tecnología																	X				
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica																	X				
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																		X			
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																		X			
7. CONSISTENCIA	Esá basado en aspectos técnicos científicos																	X				
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los ítems																X					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																	X				
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable																		X			
TOTAL																						91.5

Opinión de Aplicabilidad:

Favorable

Promedio de Valoración: 91.5

Fecha: 23-11-2018

Grado académico	<u>Doctor</u>
Mención	<u>Grado de Honor</u>
DNI	<u>22465462</u>


Dra. Luz Preciado Lara
 Experta

Firma del Experto

AUTORIZACION DE LA INSTITUCION HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO



Dirección Regional de Salud Huánuco
Hospital Regional Hermilio Valdizán HCO

"DECENIO DE LA IGUALDAD PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad"

Huánuco, 30 de Abril de 2019.

CARTA N° 057 -2019-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.



Señorita:

VÁSQUEZ MOLOCHO, Ladi Llosilu

Alumna de la E.A.P. de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Huánuco

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN para realizar proyecto de **INVESTIGACIÓN.**

REFERENCIA: Solicitud S/N de fecha 31 de Enero de 2019 con TD 942
INFORME N° 081-2019-GRH-DRS-HRHVM-JEF-ENF

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y en respuesta al documento de la Referencia, en la cual solicita Autorización para realizar su Proyecto de Investigación, y contando con la opinión favorable de la Jefatura del Departamento de enfermería, esta Dirección **AUTORIZA** la realización de su Proyecto de **INVESTIGACIÓN**, titulado **"INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y ARTIFICIAL EN LA MALOCLUSIÓN DENTARIA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN EL HOPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO 2019"**, para cuyo efecto debe de coordinar con la Jefatura del Departamento de Enfermería, a fin de que le brinde las facilidades del caso.

Sin embargo es pertinente recomendar que del proceso de la investigación desarrollada, la información obtenida y los resultados alcanzados, deban ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora. Por otro lado se le recuerda que debe alcanzar una copia del trabajo desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Se remite la presente para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
"Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano"

Luis G. VASQUEZ REYES
CMP. 38555 - RNE: 27796
DIRECTOR EJECUTIVO

LGVH/SDEA/sdc.
C.c. Archivo
Intermedo

www.hospitalvaldizanhco.gob.pe

Calle San Juan Bosco 220 Jancoc la
Esperanza Huánuco - Perú
Telf. (06251) 2400

FICHA DE OBSERVACIÓN

“Influencia de la lactancia materna y artificial en la maloclusión dentaria en niños de 3 a 5 años en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2017”

Edad:.....

Sexo

Masculino ☐ Femenino ☐

Tipo de alimentación

Lactancia materna ☐

Lactancia artificial ☐

Tiempo de alimentación

Lactancia materna

0 a 3 meses	
3 meses a 6 meses	
6 meses a 9 meses	
9 meses a 12 meses	
12 meses o más	

Lactancia artificial

0 a 3 meses	
3 meses a 6 meses	
6 meses a 9 meses	
9 meses a 12 meses	
12 meses o más	

MALOCCLUSIÓN DENTARIA

Relación molar

Relación molar	Derecha	Izquierda
Escalón recto		
Escalón mesial		
Escalón distal		
Escalón mesial exagerado		

Relación canina

Relación canina	Derecha	Izquierda
Clase I		
Clase II		
Clase III		

Ancho intermolar	
Espacios Primates	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sobre-mordida vertical	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mordida cruzada anterior	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mordida cruzada posterior	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mordida abierta anterior	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mordida abierta posterior	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mordida borde a borde	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

TIPO DE PERFIL

Cóncavo ☐

Recto ☐

Convexo ☐

FOTOS

MORDIDA BIS A BIS



MORDIDA INVERTIDA



MORDIDA CRUZADA





